

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

603

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger-Charles KOLPENITZKI

Né le 27 Septembre 1908, à PARIS (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Le Logement-Sanatorium

Son application

dans le cadre des Assurances Sociales

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1936

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Roger-Charles KOLPENITZKI

Né le 27 Septembre 1908, à PARIS (Seine)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Le Logement-Sanatorium

Son application

dans le cadre des Assurances Sociales

Président : M. BEZANÇON, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1936

I. — Professeurs

MM.

Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	DESGREZ
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	ERUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU
Anatomie pathologique	ROUSSY
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIEFFNEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL
Pathologie expérimentale et comparée	LAVASTINE
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER
	Maur. VILLARET
	LOEPER
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBécourt
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN
	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	MARION
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
Clinique gynécologique	JEANNIN
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL
Clinique de la Tuberculose	SERGENT
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANCON
	MATHIEU
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE
	MULON
	OLIVIER
	VERNE

II. — Agrégés en exercice

MM.

BÉNARD Henri	Pathologie médicale.
BERNARD Et...	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART	Pathologie chirurgicale.
D'ALLAINES	

MM.

GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU ...	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.
LABBE Henri..	Chimie biologique
LACOMME	Obstétrique.
LANTUEJOUL..	Obstétrique.
LAROCHE Guy	Pathologie médicale



MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{re} J) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
ÖBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT.	

DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIÉDELIEVRE .	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIERS	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale
BESANÇON (J.).	Hydrologie.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY.	
BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ..	Parasitologie.

IV — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI	} Clinique médicale
ALAJOUANINE.	
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
VALLÉRY-RADOT	
(Pasteur).	
SEZARY	

MM.

BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECALLE	
GUÉNIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.

RUPPE	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549922_0023

A MES PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

A MES CAMARADES DE TRAVAIL

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BEZANÇON

*Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de la Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris*

*Qui a bien voulu nous faire
l'honneur de présider notre thèse.*

Au début de ce travail, nous tenons à exprimer toute notre gratitude à ceux qui nous ont aidé de leurs conseils et de leur expérience.

Tout d'abord nous devons remercier :

Le Docteur J. GODARD, Médecin-Chef du Service des Cures et Repos à la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise, qui a été pour beaucoup dans le choix de notre sujet.

Nous tenons encore à mentionner toute l'importance qu'eurent pour nous les conseils des Docteurs :

HIRSCHBERG,

LESTOCQUOY,

WOLFSOHN,

de Paris.

du Professeur CHAVIGNY,

du Docteur EBER,

de Strasbourg.

Nous remercions aussi :

M. Marcel MARTIN,

Directeur de la Caisse Interdépartementale des Assurances Sociales de Seine et Seine-et-Oise, qui nous a permis de fréquenter ses Services, et

M^{mes} DE ROUSSY-DE-SALLES,

FERRACCI,

Présidente et Infirmière-Résidente de l'Œuvre des Logements-Sanatoria, qui nous ont très aimablement communiqué toute la documentation sur cet organisme.

Que toutes et tous soient assurés de notre vive reconnaissance.

Le Logement-Sanatorium

Son application

dans le cadre des Assurances Sociales

INTRODUCTION

Les pièces maîtresses de l'Armement Antituberculeux actuel sont : le Dispensaire, centre de dépistage, mis à la disposition des médecins traitants, et le Sanatorium, centre de cure et d'isolement.

Il est inutile d'insister longuement sur l'utilité de ces deux types d'organismes qui ont largement contribué à faire régresser la morbidité et la mortalité tuberculeuse dans notre pays.

Cependant, après la cure sanatoriale, il est nécessaire d'établir le bilan de l'infirmité que constitue en fait la tuberculose pulmonaire.

On se trouve, le plus souvent, en présence d'un état de stabilisation souvent précaire, à peine suffisant, que le moindre incident peut ébranler.

Bien souvent, le malade crache encore des bacilles et, même s'il n'en crache plus en quittant le sanatorium, de récentes observations ont montré la possibilité d'infection autour de ce porteur de germes.

De plus, si le tuberculeux est un malade dont on est arrivé à prolonger la vie par le sanatorium, il n'en reste pas moins, après la cure, un sujet diminué physiquement, qu'on rejette dans la vie quotidienne avec toutes ses difficultés.

Au point de vue physique, il reste amoindri.

Au point de vue moral, il a souvent perdu tout contact avec sa famille du fait de la séparation sanatoriale. De plus, s'il veut continuer à profiter des bienfaits de la cure, il lui faut changer de profession, refaire alors un dur apprentissage, chercher à nouveau du travail, voir diminuer son salaire et par là même ses conditions de vie. Et ceci, encore, lorsqu'il n'a pas perdu définitivement l'habitude de tout travail du fait de l'oisiveté prolongée dans laquelle il a vécu en sanatorium.

Ainsi se pose le problème médico-social de la post-cure, c'est-à-dire le problème de l'avenir du tuberculeux.

Problème complexe, en vérité, pour lequel des solutions multiples ont été proposées. Pour des raisons diverses aucune n'a prévalu, et nous sommes dans ce domaine aux premières réalisations.

La solution la plus pratique semble être le Logement-Sanatorium. Il consiste dans la surveillance médicale et hygiénique du tuberculeux, en milieu familial. Cette surveillance ne pourra d'ailleurs être efficace que dans un logement sain, de dispositions telles que toute promiscuité soit évitée surtout pour les enfants. De plus, on tentera en même temps la rééducation professionnelle du malade. On tâchera même de lui fournir du travail. Ainsi on pourra non seulement affermir la guérison, mais encore empêcher la propagation de la tuberculose autour du malade par une prophylaxie efficace. Cette stabilisation sera d'ailleurs hâtée par la réadaptation progressive du malade aux nécessités sociales.

Dans cette thèse, après avoir étudié les modalités de la propagation de la tuberculose et montré qu'elles n'entravent pas le traitement du tuberculeux surveillé en milieu familial, nous verrons l'importance des causes prédisposantes et des facteurs sociaux sur le

développement et les rechutes de la maladie. Nous déduirons, par opposition, les meilleures conditions à réaliser dans le logement-sanatorium.

Nous étudierons aussi l'armement antituberculeux français et les facilités qu'il nous offre.

Nous verrons ensuite les possibilités que nous avons d'améliorer le traitement du tuberculeux, de prolonger ce traitement après la cure sanatoriale et d'en consolider les effets par la méthode du logement-sanatorium.

Jusqu'ici son application était essentiellement œuvre privée.

Devant l'excellence de ses résultats au cours de vingt ans d'expérience, nous avons cru pouvoir en demander la généralisation pour la plupart des tuberculeux pulmonaires.

Surtout nous insisterons sur les possibilités offertes par les Caisses d'Assurances Sociales. Celles-ci, en liaison avec les autres organismes de lutte antituberculeuse, pourraient, à la condition de travailler selon un plan soigneusement coordonné, apporter à cette lutte un essor tout nouveau.

PROPAGATION DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE

Le principe même du Logement-Sanatorium étant de garder le tuberculeux en milieu familial, il est nécessaire, pour en démontrer l'innocuité, d'étudier les différents modes de propagation de la tuberculose.

LE PROBLEME DE LA CONTAGION

Hérédité ou contagion ? Tel est le grand débat ouvert déjà depuis longtemps et sur la solution duquel l'unanimité est encore loin de se faire.

Jusqu'aux travaux de VILLEMIN on considérait la tuberculose comme maladie se transmettant par hérédité. Depuis, les belles découvertes pastoriennes avaient permis de penser que la tuberculose, si elle frappait les différents membres d'une même famille, les touchait surtout en tant que vivant dans une même promiscuité. Il s'agissait donc d'une tuberculose familiale par contagion post-natale et non plus d'une tuberculose héréditaire inéluctable. Telle fut la thèse soutenue par HUTINEL, MARFAN, LÉON BERNARD, CALMETTE, d'autres encore. On ne se trouvait plus désarmé devant la maladie, et les beaux résultats de la méthode GRANCHER, ont été pour beaucoup dans la confirmation de cette opinion, puisqu'elle permettait d'éviter cette contagion post-natale. Les

statistiques de l'Œuvre Grancher, celles de l'Œuvre du Placement familial des Tout Petits paraissaient confirmer entièrement la thèse contagioniste : isoler les contagieux, devenait le devoir essentiel des collectivités pour limiter le fléau. Ainsi le Professeur DEBRÉ a pu constater chez 2.000 enfants de tuberculeux isolés dès la naissance, l'absence de toute évolution bacillaire. Les examens cliniques, les cutiréactions sont restés négatifs chez ces enfants.

Pour tous ces auteurs donc, la contamination nécessite un contact direct, intime, prolongé, avec un foyer de contagion.

Cette contamination datant du premier âge pourrait d'ailleurs rester plus ou moins latente, et elle serait à la base de la plupart des tuberculoses chroniques de l'adulte.

En effet, il apparaît de plus en plus que la tuberculose au-dessous de 2 ans, n'est pas nécessairement fatale comme le croyaient les classiques, et la fréquence de ces foyers latents, passés souvent inaperçus, a été mise en valeur par de nombreux travaux récents. Ce sont ces foyers latents qui deviennent à l'occasion d'une diminution de résistance le point de départ d'une tuberculose évolutive.

A ces auteurs fidèles à la tradition contagioniste de VILLEMEN s'opposent, surtout depuis quelques années, ceux qui, reprenant les arguments anciens des classiques, font de la tuberculose pulmonaire chronique une affection non contagieuse, transmise de façon héréditaire.

Pour eux, et surtout pour M. Auguste LUMIÈRE, la doctrine contagioniste a fait « table rase du passé » sans tenir compte des observations rassemblées pendant des « millénaires », d'HIPPOCRATE à LAENNEC.

Ils reprennent les arguments de PIDOUX qui n'avait

pu obtenir de l'Académie de Médecine l'exposé d'observations de phthisie commune succédant à une contagion incontestable. On n'avait pu réunir de telles observations, ainsi que l'avait constaté PIDOUX six ans plus tard, en faisant remarquer la différence évolutive qu'il y a entre la tuberculose banale habituelle et l'infection produite par l'inoculation à l'animal de laboratoire.

En effet, lorsqu'on pratique une inoculation au cobaye, on se trouve en présence d'une forme de tuberculose d'allure aiguë à forme massive ganglio-viscérale généralisée.

Au contraire, au cours des tuberculoses spontanées des animaux, on est le plus souvent en présence de tuberculoses chroniques comparables à la phthisie commune par leur évolution, comme par la relative limitation de leurs lésions.

De même, l'observation, non plus expérimentale, mais clinique, a permis de constater l'absence de contamination évidente parmi les professions les plus exposées. Rares, en effet, semblent être les médecins et les infirmières ayant contracté la tuberculose en soignant les malades. Les statistiques paraissent montrer d'ailleurs que la tuberculose n'est pas plus fréquente dans le personnel des sanatorias et des hôpitaux de tuberculeux que dans les autres professions.

Ainsi le Docteur L. GUINARD, Médecin-Directeur des Sanas de Bligny, Vice-Président du Comité National de défense contre la tuberculose, peut-il écrire, cité par M. A. LUMIÈRE :

« Il nous est agréable de rappeler qu'aux sanatoriums de Bligny, qui fonctionnent depuis plus de 25 ans, et où tout le monde vit en promiscuité avec les malades, ni dans le personnel, ni dans les familles du personnel, on n'a jamais eu à déplorer un seul cas de tuberculose pouvant être mis sur le compte

d'une contamination réalisée dans un service quelconque des sanatorias. »

Il continue d'ailleurs par cette affirmation dont on ne saurait trop noter l'importance :

« Dans le personnel logé des enfants sont nés, ont été élevés et ont grandi au voisinage des malades ; or, aucun n'a présenté le moindre symptôme de tuberculose. »

A côté de l'absence presque totale de contaminations professionnelles, il faut noter aussi les arguments qu'apportent aux adversaires de la contagion le peu de fréquence de la tuberculose conjugale.

Si la tuberculose était si contagieuse on devrait au contraire constater une augmentation de fréquence de la tuberculose chez les conjoints de tuberculeux.

On trouve en effet dans ce cas les meilleures conditions réunies pour réaliser une contamination quasi-expérimentale.

Or, voici les résultats sur lesquels a insisté dans ses conclusions la 5^e Assemblée Française de Médecine Générale, en mars 1933 :

« La tuberculose conjugale (contagion d'un conjoint par l'autre) existe, mais assez rarement, n'affectant pas plus de 10 % des époux exposés à la maladie durant de longues années. »

M. Auguste LUMIÈRE fait justement remarquer qu'en réalité ces 10 % ne représentent pas plus du taux de tuberculeux qu'on aurait pu trouver chez 100 couples pris au hasard.

Il déclare pouvoir « déterminer mathématiquement et d'une façon indiscutable et même contrôler expérimentalement la proportion moyenne de ceux qui, pour 100 couples, doivent mourir de tuberculose, du seul fait des lois du hasard et indépendamment de toute contagion, étant donné que nous connaissons le rapport de la mortalité par tuberculose à la mortalité totale.

« Le calcul montre que, sur 100 ménages, on doit en trouver :

« 64 où les deux époux sont indemnes ;

« 32 où l'un seul des conjoints est tuberculeux, et

« 4 où l'homme et la femme sont bacillaires.

« Par conséquent, sur $32+4=36$ ménages de malades nous en rencontrons 4 où l'affection frappe les deux conjoints, c'est-à-dire 11 %, si aucune cause et notamment la contagion ne viennent augmenter ce pourcentage. »

M. LUMIÈRE termine par cette affirmation :

« Le taux de 10 % admis par la 5^e Assemblée, correspond donc totalement aux sujets qui seraient devenus tuberculeux du seul fait des causes d'infections qui leur sont personnelles, indépendamment de leur union avec des phtisiques ; ce taux démontre péremptoirement que la contagion conjugale n'existe pas, ou que, si elle existe, elle doit être d'une telle rareté qu'on peut la considérer comme négligeable. »

A côté de ces remarques sur la tuberculose conjugale, les adversaires de la contagion insistent sur le fait que la fréquence de la tuberculose reste sensiblement constante malgré le nombre de phtisiques, ceux-ci constituant de véritables foyers de contamination permanente, par leur expectoration chronique bacillifère.

Enfin, M. LUMIÈRE souligne ce fait que DI NATALE a cherché et trouvé des bacilles vivants et virulents sur la muqueuse nasale du personnel médical et hospitalier des sanatorias. Ce personnel était d'ailleurs exempt de lésions tuberculeuses quelconques.

Ainsi malgré les meilleures conditions de contamination, affirment les tenants de l'hérédité, on n'obtient pas plus de tuberculose commune, que d'après les statistiques il n'y en aurait eu spontanément. D'autre part lorsqu'on est en présence d'une conta-

mination évidente, il s'agit toujours d'un sujet neuf dans de mauvaises conditions physiologiques, transplanté le plus souvent de la campagne à la ville. Il présente alors le plus fréquemment une forme aiguë, rapidement évolutive, de tuberculose.

Ainsi jusqu'à ces derniers temps, s'opposait à la thèse de la seule contagion, l'antithèse de la non moins exclusive hérédité.

Peu à peu semble s'élaborer une synthèse, plus exacte représentation de la réalité, tenant compte de faits superficiellement contradictoires. L'école du Professeur BEZANÇON, en analysant les notions d'hérédité et de contagion, arrive à préciser leur part dans la propagation de la tuberculose. Ainsi peut-on déduire une prophylaxie efficace.

Tout d'abord, au point de vue hérédité, ces auteurs distinguent l'hérédité de germe et l'hérédité de terrain.

Pour eux, l'hérédité du germe tuberculeux n'existe pratiquement pas. En effet, il est exceptionnel de constater, ainsi qu'y ont insisté ARLOING et DUFOUT, la transmission transplacentaire de la tuberculose par virus filtrant. D'ailleurs, même si on en avait de nombreuses observations, on ne résoudrait pas la question de la transmission héréditaire du virus par l'ascendant mâle.

Toute autre se pose la question de l'hérédité du terrain et il est évident que des procréateurs en état de misère physiologique auront des enfants prédisposés à recevoir plus facilement la contamination tuberculeuse, par diminution de la résistivité. Nous reviendrons d'ailleurs sur les conditions qui permettent cet affaiblissement.

Le Professeur BEZANÇON considère aussi la contagion comme un problème mal posé. Il estime, à juste titre, qu'il faut distinguer l'infection et la morbidité tuberculeuses.

Au point de vue de l'infection tuberculeuse il considère qu'on en avait exagéré la constance chez les adultes des villes. Il fait d'ailleurs état des recherches nouvelles qui, si elles la mettent en évidence, montrent qu'elle est loin de toujours exister. Il se fonde sur les arguments fournis par les examens anatomiques et l'index de tuberculisation par cuti-réaction.

Les anatomo-pathologistes, tels que NOEGELI, sont revenus sur leurs statistiques de 1900 où ils trouvaient 97 % des adultes des villes porteurs de lésions tuberculeuses latentes ou en évolution.

Ils en ont constaté la précarité car ils opéraient dans les milieux hospitaliers urbains, particulièrement frappés. Maintenant, NOEGELI ne retrouve plus, sur 88 autopsies de sujets de moins de 17 ans, que 17 % de lésions tuberculeuses latentes.

HARBITZ ne constate de lésions que dans 36 % des cas sur 152 enfant de 1 à 15 ans.

SCHLESINGER, chez 500 vieillards sur 1.800, trouve des lésions de tuberculose.

Pendant la guerre de 1914-1918 enfin, OBERNDOFFER n'a trouvé que 10 % de lésions tuberculeuses chez des soldats morts de leurs blessures.

De même se sont actuellement modifiées les statistiques fournies par les cuti-réactions.

On se souvient de la statistique de MARFAN, montrant la fréquence des cuti-réactions positives croissant avec l'âge.

Il trouvait ainsi les chiffres suivants :

79,7 % de 14 à 15 ans ;

97 % chez l'adulte,

de réactions positives.

Depuis on a repris les expériences dans des conditions meilleures. On tint compte d'un facteur capital : le milieu.

PARAF, en milieu aisé, trouve 12 % chez des enfants de 3 à 16 ans.

LÉON BERNARD et VITRY, à la consultation de l'école de puériculture, trouvent à leur tour :

28 % à 4 ans ;

68 % à 15 ans.

Il est intéressant de citer aussi la statistique de SCÆDERSTROM, d'Helsingfors, car il montre la différence de chiffres selon le milieu social. Il obtient comme cuti-réactions positives de 14 à 15 ans :

64 % en milieu indigent ;

54 % en milieu aisé,

Le Professeur BEZANÇON insiste encore sur le fait de la transplantation en milieu contaminé.

Il cite les observations suivantes :

A Oslo, chez les élèves-infirmières de 20 à 25 ans, étaient positives :

47 % des cuti-réactions chez les natives de la ville ;

27 % chez celles de la campagne.

A Stockholm, les cuti-réactions sont négatives chez :

34,2 % des recrues de milieu rural ;

10 % des immigrés à Stockholm depuis moins de trois ans ;

4,8 des natifs de la ville.

Le Professeur BEZANÇON montre que l'époque de l'infection tuberculeuse a reculé depuis plusieurs années de l'enfance vers l'adolescence. Il croit, à juste raison, que c'est grâce aux mesures de protection sanitaires de l'enfance.

Il cite les statistiques pratiquées à 16 ans d'intervalle à Trondjem par ANFINSE et USTVEDT :

à 7 ans :

1914 : 24 % de cuti positives ;

1930 : 8 %.

à 15 ans :

1914 : 60 % ;

1930 : 40 %.

Différente de l'infection est la morbidité tuberculeuse. En effet, si l'infection ne relève que de la contagion, la morbidité est favorisée par toute une série de causes prédisposantes.

Le Professeur BEZANÇON a noté que cette morbidité revêt souvent une symptomatologie atténuée chez les étudiants en médecine, les élèves-infirmières nouvellement arrivées dans les villes, contrairement à l'infection aiguë, rapide, brutale, qui frappe les autres sujets « neufs », nourrissons natifs des colonies ou de la campagne.

Néanmoins, il faut aussi noter que parfois, dans certaines conditions de surmenage, de sous-alimentation et de promiscuité, ces formes primitivement atténuées de tuberculose peuvent revêtir secondairement une allure foudroyante.

Ainsi, en distinguant l'hérédité de germe et de terrain, l'infection et la morbidité tuberculeuses, le problème de la contamination tuberculeuse devient plus clair, montrant la part qui revient à la fois à la contagion et à l'hérédité sans que celles-ci ne soient ni totales ni exclusives.

En particulier, il semble que l'apparition de la tuberculose « maladie » dépend en grosse partie de l'état de résistance du sujet.

Cette infection endogène est favorisée par toute une série de causes sociales prédisposantes qu'il nous faut étudier maintenant.

LES CAUSES SOCIALES PREDISPOSANTES DE LA TUBERCULOSE

Tout d'abord qu'il nous soit permis de remarquer que rares sont encore les travaux sur les conditions

économiques de la morbidité tuberculeuse. Aussi, est-il difficile de trouver des documents précis concernant cette question.

Néanmoins nous insisterons tout d'abord sur *le Rôle de l'Alimentation*.

On sait actuellement l'importance de la sous-nutrition dans le développement de la morbidité tuberculeuse.

On connaît en effet de nombreux cas de tuberculose déclarés au cours de cures d'amaigrissement intempestives du fait de la sous-alimentation que s'imposaient les malades.

Il faut noter aussi l'importance de cette sous-alimentation dans les premiers âges de la vie.

Nous avons recueilli, auprès de nombreux phtisilogues, l'impression que la génération des enfants nés de 1914 à 1918 payait un lourd tribut à la tuberculose. Ces phtisilogues nous ont fait aussi remarquer le plus grand pourcentage de tuberculeux dans les classes paysannes où la mère était obligée, pendant la guerre, de prendre une part très active aux travaux exténuants de la terre ou même de l'usine voisine. Ils interprètent ainsi les faits : ces enfants, nourris par une mère sous-alimentée, ayant en plus de ses charges maternelles, à assurer celles du chef de famille mobilisé, gardent encore les traces de ces conditions défavorables à leur développement.

Le déséquilibre alimentaire n'est pas seulement favorable au développement direct de la tuberculose chez le malade, mais encore aussi dans sa descendance.

Ainsi, si les travaux de l'après-guerre ont montré que le rôle direct de l'alcoolisme était de peu d'importance dans le développement de la tuberculose, ils ont aussi permis de noter la fréquence de la tuberculose chez les descendants d'alcooliques : l'héredo-alcoolisme provoquant de graves désordres nutritifs avec un affaiblissement du terrain.

A côté de l'alimentation défectueuse, il faut noter encore parmi les facteurs sociaux prédisposant à la tuberculose : le *rôle du logement*.

Il est classique d'insister sur le « taudis, foyer de tuberculose », non seulement en raison de la promiscuité possible avec des contagieux, mais encore et surtout en raison des mauvaises conditions d'hygiène générale : aération et lumière. Toutefois on a remarqué dans les pays anglo-saxons et germaniques que le fait de consacrer jusqu'à $1/5$ et même $1/4$ du budget familial au loyer d'un logement convenable, arrivait par contre-coup à favoriser la sous-nutrition de l'ouvrier et à favoriser indirectement l'évolution d'une tuberculose.

Par conséquent, non seulement le taudis est-il une cause favorisante de tuberculose, mais encore le logement trop cher, aussi confortable soit-il, n'est guère moins dangereux.

Une autre cause prédisposante de première importance est encore le *surmenage physique*.

Tantôt il s'agit d'un surmenage sportif dû à la méthode désastreuse de la compétition. On connaît actuellement le grand nombre d'anciens champions, devenus tuberculeux, quand ce n'était pas cardiaques, à un âge qui aurait pu leur permettre encore certains exploits sportifs, s'ils avaient eu la sagesse de ne pas se laisser tenter par la « compétition » intensive, au-dessus de leur optimum de possibilités.

D'autres fois, et bien plus fréquemment, le surmenage est dû aux conditions professionnelles.

Dans une thèse récente, où il étudie très consciencieusement la répartition des tuberculeux par rapport aux professions dans l'agglomération urbaine de Nancy, le Docteur Gaston LÉVY, de cette ville, en arrive à bien préciser ces causes d'affaiblissement du terrain. Et, avec juste raison, il démontre, par ses

statistiques, que mieux vaut encore le travail de la grande industrie quand il est surveillé au point de vue sanitaire, plutôt que le travail artisanal s'il est accompli dans de mauvaises conditions hygiéniques, avec surmenage non contrôlé.

C'est à cette insalubrité des conditions de travail et de vie familiale, au surmenage du travail aux pièces, à la promiscuité inévitable sans surveillance sanitaire sérieuse, qu'il attribue la morbidité et la mortalité tuberculeuses, plus grandes actuellement dans certaines professions à domicile non surveillées.

En effet, les chiffres qu'il apporte sont suffisamment démonstratifs pour qu'il faille en tenir le plus grand compte.

Par exemple, les cordonniers présentent une morbidité tuberculeuse de 31 % s'ils travaillent à domicile et de 9,5 % s'ils travaillent en fabriques. La mortalité est de 11,7 % à domicile et de 3,3 % en fabrique.

De même dans le travail de la bonneterie :

A domicile :

la morbidité est de 13,6 % ;

la mortalité est de 4 %.

En fabrique :

la morbidité est de 5,6 % ;

la mortalité est de 2,6 %.

Ces chiffres sont d'ailleurs susceptibles de s'améliorer si le travail à domicile est exécuté dans de bonnes conditions sanitaires, s'il ne coïncide pas avec des salaires plus bas que ceux de la grande industrie et par là même si on peut éviter le surmenage.

A toutes ces causes prédisposantes de tuberculose, il nous faut ajouter, maintenant que le temps du travail devient de plus en plus restreint, la *mauvaise organisation des loisirs*.

Nous avons déjà apprécié la mauvaise influence du sport de compétition.

D'autre part, il faut noter que le fait de passer ses heures de loisirs dans les cafés, dans les cinémas, c'est-à-dire dans une atmosphère mal aérée, semble prédisposer à la tuberculose.

Si nous avons vu les privations alimentaires que peut imposer un logement trop cher, il faut noter aussi jusqu'à quel point peut être grevé le budget d'une jeune employée par ses frais non seulement de distractions, mais encore ses frais de toilette et de maquillage, souvent imposés par sa profession.

Combien y a-t-il de jeunes dactylos ou vendeuses qui déjeunent d'un café-crème pour être bien habillées !

MILIEUX SOCIAUX REALISANT AU MAXIMUM CES CONDITIONS PREDISPOSANTES

Mauvais logements, alimentation restreinte, conditions de travail insalubres, loisirs irrationnels, autant de causes favorisantes de la « tuberculose maladie », autant de causes que l'on retrouve au maximum dans la classe ouvrière des grandes villes.

Aussi ne devons-nous pas être surpris par les statistiques de HERSCH comparant le taux de la tuberculose à Paris selon les arrondissements : les plus pauvres sont les plus frappés.

Ainsi il démontre qu'en 1924-1926, dans le XVI^e arrondissement, où la cote mobilière moyenne et personnelle était de 729 francs et où 64 % des familles figurent sur le rôle de l'impôt, la mortalité par tuberculose n'est que de 13 pour 10.000 contre 34 pour 10.000 dans le XIX^e. Dans cet arrondissement la cote

mobilière moyenne n'était que de 84 francs et 21 % des familles seulement figuraient sur le rôle de l'impôt.

REPERCUSSIONS SOCIALES

La tuberculose frappant plus facilement les « économiquement faibles », c'est donc eux qu'il faudra tout d'abord préserver.

Le Docteur GODARD, en étudiant 2.673 dossiers d'assurance invalidité pour hommes et 1.726 dossiers d'assurance invalidité pour femmes, a démontré :

a) que la tuberculose est la cause essentielle d'incapacité de travail prolongée dans la région parisienne ;

b) qu'alors que toutes les autres causes d'invalidité apparaissent au déclin de la vie, la tuberculose seule frappe les jeunes.

Nous avons cru devoir reproduire dans ce travail les deux graphiques très démonstratifs dressés par le Docteur GODARD.

Il apparaît donc comme un devoir essentiel pour les pouvoirs publics de poursuivre et intensifier la lutte contre le fléau tuberculeux. Dans cet effort, la conjonction de toutes les bonnes volontés est nécessaire. Les Caisses d'assurances sociales directement intéressées peuvent et doivent jouer dans ce domaine un rôle de premier plan.



COURBE DE MORBIDITÉ TUBERCULEUSE
(extrait d'un travail inédit du D^r Godard).

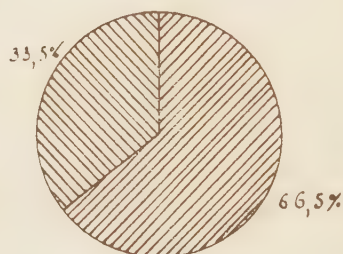
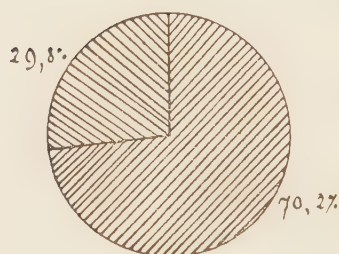
TUBERCULOSE TOUTES FORMES
AUTRES MALADIES

F ————
 M ————
 F ————
 M ————

INVALIDITÉ DUE À LA TUBERCULOSE

HOMMES

FEMMES



 INVALIDITÉ TUBERCULEUSE
 INVALIDITÉ NON TUBERCULEUSE

STATISTIQUE ÉTABLIE SUR 2673 DOSSIERS D'INVALIDITÉ
POUR HOMMES, ET 1726 DOSSIERS D'INVALIDITÉ POUR
FEMMES

CAISSE INTERDÉPARTEMENTALE DES A.B. DE SEINE ET
SEINE ET OISE.

(EXTRAIT D'UN TRAVAIL DÉPOSÉ DU D^r GODARD)

L'ARMEMENT ANTI-TUBERCULEUX FRANÇAIS

Pour envisager une action anti-tuberculeuse concertée, centralisée autour des Caisses d'Assurances Sociales, il est absolument nécessaire d'examiner ce que nous offre actuellement l'armement anti-tuberculeux français.

En pratique, on peut dire qu'on a très peu tenté de réalisations, en dehors des solutions classiques : le Dispensaire, le Sanatorium, l'Hôpital.

1° LE DISPENSAIRE

HISTORIQUE

Aussi récents que toute l'action concertée anti-tuberculeuse, les dispensaires n'ont été en France créés que depuis peu de temps.

Jusqu'à ces dernières années, l'activité médico-sociale dévolue actuellement aux dispensaires était surtout œuvre privée.

A part les efforts de quelques philanthropes et de certains ordres religieux, on constatait une carence absolue des pouvoirs publics vis-à-vis de l'action sociale, anti-tuberculeuse.

Aussi, devant l'étendue de ce fléau, la Tuberculose, ces efforts, inspirés par la charité, se sont avérés impuissants.

Il fallut arriver en 1899 pour voir proposer par Albert CALMETTE, dans un rapport d'une commission de Lutte anti-tuberculeuse, la création de Dispensaires.

Il prenait pour exemple, celui créé par Sir Robert PHILIPP à Edimbourg. Il en voulait voir la création dans chaque centre important, avec à sa tête un médecin compétent et un moniteur d'hygiène (ce dernier est remplacé actuellement par des Infirmières visiteuses dans les Dispensaires d'Hygiène Sociale).

La formule française du Dispensaire, de M. Albert CALMETTE, devait avoir une grande influence pratique en Allemagne, où, en octobre 1913, on comptait en dehors des 538 stations ou comités d'action anti-tuberculeux, 818 Dispensaires.

En France, à pareille époque, il n'y en avait que 43 d'une valeur inégale, due aux diverses conceptions s'y affrontant :

Les uns étaient fondés sur le principe de la charité, où un praticien, non spécialisé, donnait des consultations gratuites.

Les autres tendaient vers la formule moderne du Dispensaire parfaitement équipé, avec un médecin spécialiste, lui étant attaché.

En fait, il fallut le grand nombre de réformés pour tuberculose, pendant la guerre, pour montrer la nécessité d'une action concertée des pouvoirs publics. Aussi, est-ce en 1916 qu'était votée sous l'impulsion de Léon BOURGEOIS, la loi instituant des Dispensaires d'Hygiène Sociale et de Préservation anti-tuberculeuse.

Aussi le Docteur GUINARD peut-il affirmer actuellement l'existence de 836 Dispensaires en décembre 1934, sur toute l'étendue du territoire, y compris l'Afrique du Nord :

1° 432 Dispensaires ont leur service assuré par 75 phthisiologues spécialisés. n'exerçant pas en clien-

tèle ; 75 médecins inspecteurs d'hygiène ou directeurs de Bureaux d'hygiène.

2° Les 404 Dispensaires restants sont confiés à 660 médecins praticiens, exerçant en clientèle.

Le nombre total des infirmières visiteuses assurant le service de ces Dispensaires dépasse 1.380.

Conformément à la loi du 15 avril 1916, ces Dispensaires sont « chargés d'organiser l'éducation anti-tuberculeuse, de donner des conseils de prophylaxie et d'hygiène, de dépister les malades et de leur faciliter l'admission dans les hôpitaux et les sanatoriums ».

LÉGISLATION

Les Dispensaires se présentent actuellement sous différents aspects que prévoit la loi :

1° Les Dispensaires publics qui peuvent être créés par n'importe quel groupement privé, établissement public, commune ou département.

Ils ont leur budget propre, jouissent de la personnalité civile et peuvent donc recevoir des dons et des legs.

Leur budget est assuré par le groupement intéressé et par l'Etat.

2° Les Dispensaires privés, admis par la loi, n'ont pas droit à une participation financière de l'Etat et ils ne peuvent pas recevoir de subventions, ni de dons, sauf s'ils sont reconnus d'utilité publique.

3° Les Dispensaires d'Hygiène Sociale se présentent sous un autre aspect administratif :

Dans la Seine, ils sont groupés en un Office Public d'Hygiène Sociale soumis directement à l'autorité du Préfet.

Leur budget fait partie intégrante de celui du dé-

partement. Ils ne peuvent recevoir aucun subside privé. En fait, leur équilibre budgétaire ne peut être assuré que par le Département.

FONCTIONNEMENT

Tels sont les Dispensaires de l'armement anti-tuberculeux français.

Il reste à en tirer le maximum d'utilité.

Pour cela, le Dispensaire doit, avant toute chose, se trouver dirigé par un personnel nettement spécialisé.

Il faut que le phtisiologue soit, non seulement un bon clinicien, mais encore un bon radiologue. En effet, le temps n'est plus où il suffisait pour lui de savoir interpréter quelques clichés ; il faut encore qu'il sache les prendre.

D'autre part, le temps n'est plus, ou tout au moins ne doit plus être, où, en présence d'un tuberculeux, on se contentait « d'une vague médication symptomatique et reconstituante », pour satisfaire l'esprit du malade, sans grand espoir de l'améliorer notablement.

Actuellement, il faut savoir rechercher systématiquement les indications, comme les contre-indications d'ailleurs des deux principales thérapeutiques anti-tuberculeuses : le Pneumothorax et les Sels d'Or.

Si le scepticisme thérapeutique et pronostique n'est souvent plus de mise, encore est-il nécessaire de ne pas confier à un praticien non spécialisé des thérapeutiques pouvant présenter un réel danger entre des mains inexpérimentées.

A côté de ces arguments, il faut aussi noter le nombre d'interventions du domaine du spécialiste qu'a suscité le pneumothorax, ne seraient-ce que les sections de brides, par exemple.

Pour en poser les indications, pour savoir les con-

tre-indiquer, il faut un médecin spécialiste expert dans le maniement et le choix de ces médications.

La nécessité de ces indications et contre-indications exige encore la spécialisation des collaborateurs, tant pour l'infirmière visiteuse, que pour les aides radiologues ou laborantins.

Il est évident, d'autre part, que le matériel doit aider au fonctionnement normal du dispensaire d'où la nécessité d'un appareil radiographique et d'un laboratoire permettant non seulement les examens directs, mais encore les homogénéisations et même les inoculations au cobaye.

Ainsi, par un examen clinique, radiologique et bactériologique sera assuré avec certitude le diagnostic de tuberculose pulmonaire.

En effet, le Dispensaire doit être considéré tout d'abord comme un *centre de Diagnostic* tant clinique que thérapeutique.

Aussi le praticien ne doit-il pas lui envoyer ses malades pour simple confirmation bactériologique, mais encore doit-il considérer le phthisiologue spécialisé comme un médecin consultant auquel il demande un avis global, tant pour le diagnostic que pour le traitement.

Le Dispensaire doit être encore un *Centre de Placement*, car le phthisiologue spécialisé qui le dirige, du fait même de sa spécialisation, saura dans quel cas poser l'indication sanatoriale.

Le Dispensaire est aussi un *Centre de Prévention*, car il permet « le dépistage des malades, l'examen des familles suspectes, l'isolement précoce des contagieux, la diffusion des mesures d'hygiène ».

Centre de diagnostic, de placement, de prophylaxie, le Dispensaire ne doit être en aucun cas un centre de traitement, et c'est seulement dans certains cas bien spéciaux, qu'on pourra lui laisser les réinsufflations d'une pneumothorax déjà institué.

En somme, l'organisation du Dispensaire vise surtout à obtenir pour le tuberculeux le traitement complet accompagné d'un séjour en Sanatorium.

2° LE SANATORIUM

Il est en effet le nœud vital de l'armement anti-tuberculeux français.

HISTORIQUE

C'est le plus vieux et le mieux connu des moyens d'appliquer le traitement hygiéno-diététique, base du traitement anti-tuberculeux, que réalise la cure de grand air, de repos et d'alimentation.

Le développement et la méthode sanatoriale a subi de nombreuses variations. C'est ainsi qu'en 1914, on comptait effectivement 10 Sanatoria populaires, avec en tout 943 lits.

Mais, ainsi que le fait remarquer le Docteur GUINARD, dans un intéressant article sur « les principaux éléments de lutte contre la Tuberculose », dans le *Bulletin des Médecins de Sanatoriums*, il a fallu pour les sanas comme pour les dispensaires, la dernière guerre pour tout changer.

Il fallait non seulement réformer les tuberculeux, mais encore leur assurer les soins et l'éducation prophylactique, avant le retour dans la famille.

C'est le grand mérite des Professeurs LANDOUZY et LÉON BERNARD d'avoir contribué le plus à ce changement.

Devant cette nécessité, il a fallu créer, en plus des sanas existants, des installations de fortune, utilisant tous les bâtiments disponibles, anciens châteaux, couvents, séminaires, écoles désaffectées.

Rapidement, on parvint à réunir à la disposition des soldats tuberculeux, 3.300 lits dans 37 stations sanitaires du Ministère de l'Intérieur, ainsi que 8.881 lits dans les Hôpitaux sanitaires du Service de Santé.

Ces efforts eurent leur conclusion logique dans les lois de 1919 et 1920, qui instituèrent les sanas et réglementèrent leur fonctionnement et leur législation.

Un tel essor devait continuer depuis, et en juillet 1935 le Docteur GUINARD, dans l'article déjà cité, faisait entrevoir le jour proche où la France disposerait de près de 53.000 lits pour la tuberculose sous toutes ses formes, dont 38.600 environ pour la tuberculose pulmonaire.

Néanmoins, comme le nombre des décès par tuberculose atteint 100.000 en France, il faut constater que ces 38.600 lits sont encore insuffisants, ainsi que le rappelait le Docteur GODARD dans sa thèse.

FONCTIONNEMENT

Selon la définition du Comité National, le sana est un « établissement fermé, situé hors des villes, dans des conditions climatiques favorables, soit en plaine, soit en montagne, où est pratiqué le traitement hygiéno-diététique avec surveillance et soins médicaux continus, et où ne sont reçus que des malades curables, ou nettement améliorables ».

CONCEPTION CLASSIQUE DU SANATORIUM

Des derniers mots de cette définition a découlé toute une conception qui a prévalu dans les débuts de la méthode sanatoriale.

C'est la conception classique du sanatorium qui tend à n'accepter pour ce genre d'établissement que « le tuberculeux dit au début, c'est-à-dire non ou peu bacillifère, apyrétique, présentant des lésions limi-

tées ; le type étant réalisé par le tuberculeux chronique au décours d'une première poussée évolutive ».

Le Docteur GODARD, dans sa thèse de 1930, insistait déjà sur le choix fatalement très limité qui en résultait et qui éliminait du sanatorium toute une quantité de malades qui auraient pu en bénéficier.

Il insistait aussi sur le point suivant : le tuberculeux plus gravement atteint ne pouvait trouver un refuge que dans un service hospitalier où « les malades étaient entassés les uns sur les autres, où les conditions d'hygiène étaient le plus souvent médiocres, où la mortalité était élevée, où l'on pratiquait encore trop souvent une vague thérapeutique symptomatique prenant l'allure d'une médication psychique donnée par charité à de malheureux incurables ».

Cette conception de l'hôpital destiné « aux cachectiques et aux grabataires » a d'ailleurs depuis évolué par le fait même de l'existence de tuberculeux, moins gravement atteints que ces derniers malades, bien que non acceptables encore dans les sanas, selon la conception classique.

Cette modification a retenti sur l'utilisation du sana.

De plus, les facteurs thérapeutiques ainsi que nous l'avons déjà vu à propos des dispensaires, se sont modifiés, de même que les conceptions du mode début de la tuberculose.

Si classiquement, on croyait au début lent, insidieux de la tuberculose, on sait actuellement la fréquence, depuis les beaux travaux de BEZANÇON et RIST, des débuts aigus curables, de la phtisie de l'adulte.

Et déjà en 1927, THIBAUT dans sa thèse démontrait la nécessité d'isoler et de traiter les tuberculeux au début. Donc il fallait savoir accepter, en sana,

des malades « en poussée aiguë initiale, avec expectoration abondamment bacillifère » ; ces malades ayant besoin d'un traitement d'urgence, « ils représentent au point de vue prophylactique les cas les plus intéressants à isoler car ils sont fortement contagieux et non encore éduqués ».

Les conceptions habituelles ont été aussi renversées par la mise en œuvre de récents moyens thérapeutiques : « ainsi telle pneumonie caséuse de pronostic fatal il y a quelques années et dont un pneumothorax vient à bout ; ainsi encore telle bilatéralisation à grand fracas, dont les sels d'or enrayent la marche ».

CONCEPTION ACTUELLE DU SANATORIUM

Devant de tels faits, les opinions classiques devaient se modifier et peu à peu on en arrive à la conception actuelle du Sana, Centre Médico-Chirurgical de traitement de la Tuberculose pulmonaire.

En effet, à ces moyens, encore médicaux, de traitement réservés au phthisiologue spécialisé, que sont la Chrysothérapie et la Collapsothérapie, il faut adjoindre des moyens chirurgicaux qui nécessitent :

1° des indications précises ;

2° une technique impeccable.

Ces opérations spécialisées : oléothorax, phrénicectomie, thoracoplastie, sections de brides, nécessitent « un personnel compétent, un outillage complexe et coûteux que possèdent seulement aujourd'hui quelques rares grands centres français ».

On en arrive ainsi à la conception du Sanatorium-Hôpital « Centre hospitalier Médico-Chirurgical pour tuberculeux ».

Ces centres, ainsi qu'y insistait déjà le Docteur GODARD, dans sa thèse, devraient être installés à proximité des villes, où il n'est pas très difficile de

trouver en France, les conditions requises : « zone aérée, à l'abri des poussières et des fumées des villes, protégée des vents, et, par conséquent, de préférence dans une région boisée et vallonnée ; sur un terrain perméable et à quelque distance de tout cours d'eau, pour éviter les brouillards ».

La proximité des villes permet les visites hebdomadaire des familles et facilite les communications du personnel médico-chirurgical.

Les avantages de ce genre de sana sont multiples.

Au point de vue thérapeutique, on peut donc s'attaquer à la tuberculose dès son début apparent, c'est-à-dire la soigner dans les meilleures conditions, sans compter le point de vue psychologique : les malades ayant tendance, en groupe bien organisé, à l'émulation, pour appliquer la discipline de vie sévère exigée par le sanatorium.

Malheureusement, de tels centres médico-chirurgicaux n'ont pas encore atteint le nombre que nécessite leur efficacité.

D'autre part, s'ils présentent un très grand intérêt au point de vue thérapeutique et éducatif pour le malade, prophylactique pour son milieu familial, ils peuvent, si le malade y séjourne trop longtemps, présenter de graves inconvénients, d'ordre psychologique et moral : le malade y perd l'habitude de travailler, il peut, à la longue, non seulement s'y ennuyer, mais encore y perdre contact d'avec les siens, d'où dislocation de l'unité sociale fondamentale : la famille.

LE PROBLEME DE LA POST-CURE

De l'étude précédente sur l'armement anti-tuberculeux français, nous pouvons conclure que le sanatorium en est la pièce maîtresse.

Cet état de fait est dû en grande partie aux conceptions du siècle dernier, sur l'évolution de la phtisie. Il semble d'ailleurs qu'elles correspondaient alors à la réalité : la Tuberculose évoluait alors rapidement, elle revêtait alors fréquemment des formes aiguës et subaiguës. La Phtisie galopante était souvent alors un mode de début, comme de terminaison de la tuberculose.

En somme, au siècle dernier, la tuberculose n'avait pas le caractère chronique qu'elle revêt actuellement.

A ces formes de tuberculose, d'évolution rapide, les classiques ont cru devoir opposer un arsenal thérapeutique soignant la tuberculose en quelques mois.

Il a fallu de longues années pour que cet arsenal thérapeutique passe du stade de conception à celui de réalisation totale.

Cette réalisation n'a été tout d'abord que parcelaire, sporadique. Néanmoins, ses multiples essais ont par leur nombre, influé sur l'évolution générale de la maladie.

A l'heure actuelle, alors que sont presque totalement réalisées les idées thérapeutiques du siècle dernier ; alors qu'elles tendent à prendre corps, de plus en plus concrètement chaque jour, elles ne correspondent plus à ce qu'est devenue la tuberculose : une

affection essentiellement chronique à poussées aiguës.

Que cette transformation de l'allure générale de la maladie soit due à un vieillissement du Bacille de Koch, à une symbiose du complexe bacille-terrain, à un dépistage plus intensif, à des mesures d'hygiène plus généralisées, qu'elle soit due à la progressive réalisation, dans le cadre collectif, des idées thérapeutiques du siècle dernier, il se peut que chacune de ces interprétations contienne une part de vérité plus ou moins grande selon les cas étudiés.

Néanmoins, il reste un fait réel : la tuberculose est actuellement, le plus souvent, une maladie chronique, cyclique, avec toujours possibilités de rechutes.

Un tuberculeux n'est pas guéri parce qu'il a passé de 6 mois à un an dans un sana : parce que, bien souvent, il crache encore des Bacilles de Koch, à sa sortie du sana.

Ensuite, parce que, s'il ne semble pas en cracher, des examens systématiques ont montré la fréquence chez les tuberculeux de périodes où l'expectoration est tarie en Bacilles de Koch, sans pour cela que le malade cesse d'être contagieux pour sa famille ; d'autres examens bactériologiques retrouvent le B. K. dans les crachats par la suite.

A l'appui de ces deux propositions, nous pouvons citer les observations du Docteur GODARD et du Docteur LESTOQUOY :

Dans sa thèse, le Docteur GODARD expose cette suite d'observations où il montre que 6 mois à un an en sana n'ont pas suffi à tarir l'expectoration bacillifère :

OBS. 1. — V. M., 20 ans.

Cause de sortie : fin de cure (6 mois).

Lésions bilatérales excavées.

B. K. + ; état général médiocre.

Aptitude au travail nulle.

OBS. 2. — B. R., 24 ans.

Cause de sortie : fin de cure (6 mois).

Pneumothorax symphysé ; moignon évolutif.

B. K. rares, mais présence.

Etat général assez satisfaisant.

Aptitude au travail : médiocre.

OBS. 3. — J. J., 35 ans.

Cause de sortie : fin de cure (6 mois).

Lésions bilatérales excavées évolutives.

B. K. abondants.

Etat général médiocre.

Aptitude au travail nulle.

OBS. 4. — R. F., 28 ans

Cause de sortie : fin de cure (6 mois).

Lésions fibreuses bilatérales, à prédominance étroite.

B. K. +. Excellent état général.

Aptitude partielle au travail.

A côté de ces observations tirées de la thèse du Docteur GODART, nous devons au Docteur LESTOQUOY l'obligeance d'avoir bien voulu nous communiquer quelques observations montrant l'apparition ou la réapparition des Bacilles de Koch, dans l'expectoration de tuberculeux considérés comme non contagieux, cette expectoration étant tarie en Bacilles de Koch aux examens répétés.

Nous citerons, entre autres, l'observation suivante :

A l'occasion de l'examen du jeune J. S..., 10 mois, on est amené à interroger sa mère.

Elle a eu 3 pleurésies en 2 ans, la dernière survenue 1 à 2 mois après la naissance du jeune J. S..., datant du 29-12-33.

Au moment de cette pleurésie, la mère est suivie par le Professeur SERGENT, lequel, *après de nombreux et soigneux examens bactériologiques restés négatifs*, la déclare non contagieuse. Il lui permet de garder

le jeune J. S... avec elle, sans toutefois l'allaiter. L'enfant est vacciné au B. C. G.

Le 16-10-34, âgé de 10 mois, il est amené au Docteur LESTOCQUOY, parce qu'il présente 38°5 de fièvre. La cuti-réaction est ultra-positive (fait exceptionnel pour le Docteur LESTOCQUOY chez les vaccinés au B. C. G.).

L'examen montre une tuberculose des ganglions bronchiques confirmée par la radiographie.

Il faut noter cependant qu'il n'y a pas de B. K. dans le liquide de lavage gastrique.

A ce moment, on soupçonne la mère d'avoir contaminé l'enfant. Mais *les examens bactériologiques sont encore négatifs.*

En juillet 1935, la mère et l'enfant sont envoyés en maison de repos.

En octobre 1935, la mère fait une hémoptysie avec B. K. + *après homogénéisation.*

En avril 1936, l'enfant est en bon état général, la mère est rétablie, elle a un nouvel enfant âgé de 4 mois 1/2 qui a reçu du B. C. G.

Fait capital, le B. K. a de nouveau disparu de l'expectoration maternelle.

Par conséquent, par le fait même de l'évolution cyclique et chronique de la tuberculose, nous pouvons affirmer que la collectivité n'est pas quitte envers les tuberculeux, lorsqu'elle leur a assuré un séjour en sanatorium durant : 6 mois-1 an.

En effet, les rechutes sont multiples, surtout dans les milieux économiquement faibles.

Un traitement insuffisant ne peut éviter l'aggravation de la tuberculose, c'est-à-dire, tout d'abord la dissémination des Bacilles de Koch dans l'entourage, et ensuite la perte du malade lui-même.

La collectivité est donc lésée à la fois dans ses membres et dans les dépenses qu'elle a faites, dépen-

ses inutiles parce qu'insuffisantes pour récupérer les malades.

En conséquence, on est amené de plus en plus à donner de l'importance à la période post-sanatoriale dans la conduite à tenir à l'égard de la tuberculose.

Les différentes solutions doivent résoudre ces deux grands problèmes de la Post-Cure :

1° Continuer les soins dus au tuberculeux.

2° En même temps, récupérer les tuberculeux au point de vue professionnel. Il faut qu'en effet, ces malades puissent gagner leur vie ; afin de ne pas grever d'un poids mort les charges collectives déjà trop lourdes.

Il faut d'ailleurs noter, qu'à la suite des travaux de PATERSON, on avait déjà tenté de réadapter au travail le tuberculeux, au cours même de la cure au sanatorium. Les différentes œuvres post-sanatoriales ont essayé de résoudre les grandes difficultés que provoquent les conditions de cette réadaptation.

Il faut tout d'abord que l'affection soit stabilisée. D'autre part, il faut assurer au tuberculeux un niveau de vie hygiénique assez continu. Enfin, il faut lui assurer un emploi lui permettant de donner un rendement optimum, dans le cadre de cette vie hygiénique.

Nous envisagerons les différents essais qui ont été tentés :

soit — Centres de Rééducation ;

soit — Bureaux de Placement pour Tuberculeux ;

soit — Village Sanas.

1° LES CENTRES DE RÉÉDUCATION — de même que les colonies agricoles temporaires essayent de donner au tuberculeux, un nouveau métier, plus conforme que l'ancien, à l'hygiène que son état exige.

Dans ces Centres de Rééducation, on enseigne des professions peu fatigantes physiquement, mais au

contraire faisant appel à certain degré d'attention. Le principe est de remplacer l'effort physique, par un travail où importent plus la minutie et l'adresse.

Ces qualités, de même que la possibilité de s'adapter rapidement, ne sont l'apanage que de très peu de malades.

D'autre part, il faut un très long apprentissage pour exercer avec une certaine habileté la plupart des métiers sédentaires qui conviennent au tuberculeux, tels que celui d'horloger, de tailleur d'habits, de typographe, de coiffeur.

Les professions de vannier, sabotier, menuisier qui comportent un moins long apprentissage, imposent déjà un certain degré d'effort musculaire. Par conséquent, seule une minorité de malades peut s'assimiler ces différentes techniques.

D'autre part, les professions choisies doivent être compatibles avec les possibilités de travail offertes. Le Docteur GODARD, dans sa thèse, fait justement remarquer que c'est une grosse difficulté que de trouver du travail pour quelques heures (4 ou 5) seulement par jour, maximum, autorisé par le médecin. Cette difficulté existant à l'atelier aussi bien que dans les campagnes, le travail des champs pouvant exiger jusqu'à 16 heures de travail par jour, en certaines saisons (foins, vendanges, moissons). Dans d'autres cas, l'impossibilité viendra du fait des dangers de contamination, pour l'entourage immédiat de l'employé tuberculeux.

On a donc été en Angleterre et aux U. S. A. jusqu'à créer des ateliers spéciaux, qui équilibreraient, eux-mêmes, leur budget.

Nous avons déjà vu un peu plus haut, l'incompatibilité des dures professions agricoles avec l'hygiène ordonnée au tuberculeux. Sans compter le manque de goût fréquent du malade pour la vie rurale, l'agri-

culture nécessite un grand savoir-faire, que seul peut donner un long apprentissage. Le travail en est pénible, les salaires bas, il est difficile de trouver à s'embaucher, quand on n'est pas paysan d'origine.

Si les Centres peuvent enseigner l'horticulture et l'élevage, on se trouve donc néanmoins, devant une certaine restriction des débouchés professionnels offerts par la campagne.

Il n'est pas possible de faire de tous les anciens tuberculeux des gardes, soit de propriété, soit de passages à niveau, et c'est avec juste raison que tous les phthisiologues préfèrent pour les malades une profession sédentaire à la ville, plutôt qu'une vie pénible à la campagne.

Aussi, on a cherché une solution dans les Bureaux de Placement pour Tuberculeux, servant d'intermédiaire entre l'employeur et le malade.

2° LES BUREAUX DE PLACEMENT POUR TUBERCULEUX. — C'est encore aux U. S. A. que les principaux essais ont été tentés dans ce sens ; à New-York, une œuvre privée a tenté de réaliser cette idée.

Le Bureau de Placement travaille en liaison avec un Dispensaire anti-tuberculeux.

On ne cherche du travail que pour les malades non contagieux, afin de pouvoir rassurer l'employeur.

D'autre part, le sujet reste sous la surveillance périodique du Dispensaire, le Bureau s'engageant à signaler toute modification de l'état de santé à l'employeur.

La difficulté du placement réside en ce fait que les malades sont inaptes physiquement à reprendre leur ancien métier.

Néanmoins, il y a quelques années, au moment où la crise économique actuelle n'avait fait encore que débiter, ce Bureau avait réussi à placer les deux tiers des malades inscrits : les hommes faisaient sou-

vent des travaux de surveillance, d'emballage, de comptabilité, de bureau s'il était possible ; les femmes dont les professions sont en général plus sédentaires pouvaient avec plus de facilité, trouver un placement plus intéressant, mieux rétribué comme couturières, modistes, manucures, vendeuses. Certaines trouvèrent à s'employer dans les sanatoriums comme infirmières, secrétaires, concierges, laborantines.

Dans une intéressante étude d'Alice CAMPBELL KLEIN et GRANT THORNBUN sur cette œuvre, ces auteurs ont noté de bons résultats.

Après 3 ans, sur 468 tuberculeux, ils ont trouvé 54,1 % d'états stationnaires, 22,4 % d'amélioration très nette des signes physiques ou fonctionnels, cependant que 23,5 % se sont aggravés et sont morts.

Tels sont les résultats médicaux ; les résultats économiques sont les suivants : à côté de ces 468 malades placés, 209 étaient restés sans travail. Les malades placés avaient d'ailleurs vu leur salaire fortement diminué par rapport à celui qu'il gagnait antérieurement à leur maladie. Néanmoins, les situations procurées par le Bureau de Placement étaient en moyenne supérieures à ce que les malades auraient pu trouver par leurs seuls moyens.

Les conditions économiques actuelles, l'aggravation quotidienne du chômage pour les travailleurs bien portants, ont forcément arrêté l'extension de ces organismes d'une certaine utilité qu'étaient les Bureaux de Placement.

Les Centres de Rééducation et les Bureaux de Placement tentaient de réintégrer le tuberculeux dans la vie sociale quotidienne. Toute autre est la conception des Villages-Sanatoriums.

3° LE VILLAGE-SANATORIUM. — Celui-ci comprend tous les degrés de l'armement anti-tuberculeux. Il

doit, dans son cycle complet, offrir tous les débouchés nécessaires au malade, lui évitant ainsi d'aller chercher péniblement ailleurs ce qu'il trouve dans le cadre du Village-Sanatorium.

De tels principes devaient de par leur intérêt même être mis en application. Depuis une vingtaine d'années des essais en ont été pratiqués tout d'abord en Angleterre, puis en France.

En Angleterre, l'essai le plus réussi a été Papworth.

A Papworth, le malade est isolé de la société, ce qui protège celle-ci, mais il n'est pas isolé de ses semblables, ce qui lui permet de se considérer comme un homme normal.

Il vit en famille, il aide celle-ci à vivre car il travaille.

En effet, il travaille dès qu'il le peut (6 heures par jour, le plus souvent).

Nous avons déjà vu les avantages du travail, avantages physiques, car c'est un bon adjuvant à la cure, s'il est bien dosé ; avantages moraux, car il redonne au malade le sentiment de sa dignité et l'espoir en son propre effort ; avantages sociaux, car la collectivité à laquelle il appartient le récupère comme membre efficace et non comme parasite, bien que son rendement soit forcément réduit.

Les avantages économiques de ce travail sont plus discutables, en effet, nous avons déjà vu la difficulté de pourvoir en travail un tuberculeux après la cure.

Nous avons déjà vu l'incompatibilité de la plupart des travaux ruraux avec la résistance des malades.

Il faut se rabattre sur un certain nombre de travaux, pour lesquels on peut créer des ateliers, des bureaux spéciaux, bien aérés, bien chauffés, où le malade peut exercer sa profession de comptable ou de menuisier, dans de bonnes conditions hygiéniques.

Comme le malade doit le plus souvent abandonner

sa profession primitive, il lui faut subir un nouvel apprentissage, d'où la nécessité, pour que celui-ci soit moins long, d'en faire un travailleur non spécialisé.

Quelle que soit la faible durée de cet apprentissage, il lui faut des instructeurs qualifiés.

Ce travail est rémunéré même pendant l'apprentissage, afin d'encourager un rendement optimum.

Devant une telle organisation, on conçoit tout d'abord la répugnance de certains tuberculeux à se laisser soigner dans les villages ou les colonies de tuberculeux. Ils invoquent la vie des léproseries.

Ces arguments, purement sentimentaux, sont singulièrement renforcés d'ailleurs par les raisons économiques.

Le rendement est mauvais, car le malade ne peut fournir que relativement peu.

Il lui faut des conditions spéciales pour travailler, et les ateliers installés dans les conditions exigées avec les machines et l'hygiène nécessaires reviennent très chers à la collectivité.

L'apprentissage est toujours trop onéreux.

En effet, ou bien il est de courte durée et le malade ne pouvant devenir ouvrier spécialisé, son salaire est faible ; ou bien il est long nécessitant des instructeurs qualifiés et il revient très cher à la collectivité avant qu'il soit productif.

D'ailleurs l'étude du budget de Papworth a montré la part importante prise par les dons charitables dans l'équilibre de son budget.

En France, un essai de genre a été tenté avec le village-sanatorium de Salagnac.

Nous n'entreprendrons pas une étude détaillée de Salagnac, les controverses doctrinales mêlées à des conflits divers qui ont été portés jusque devant les tribunaux de notre pays permettant difficilement de juger sainement et sans parti-pris, cette œuvre.

Nous devons tout de même reconnaître qu'il y a eu là un effort extrêmement important et que Salagnac peut être considéré comme une orientation nouvelle de la question de la post-cure.

Du seul point de vue pratique auquel nous pouvons nous placer ici, nous dirons simplement que c'est une solution qui, pour intéressante qu'elle soit, est extrêmement onéreuse. Il est incontestable que les capitaux engagés pour la construction de Salagnac sont considérables et qu'il paraît comme une impossibilité d'étendre cette expérience à un grand nombre de tuberculeux.

Il ne faut pas oublier que Salagnac est en effet réservé à des invalides de guerre à 100 % et que le taux très élevé de la pension militaire touchée par ces malades leur assure avant même qu'ils aient fourni le moindre travail une possibilité de vivre.

Il est évident que des pensions d'un taux aussi élevé ne pourraient être accordées à la majorité de nos tuberculeux.

On peut donc dire que, dans l'état actuel de l'organisation sociale, Salagnac apparaît comme une solution d'exception.

En somme, et les expériences françaises semblent l'avoir confirmé, le Village-Sanatorium est une solution très difficile à réaliser en pratique courante.

Devant tous ces essais, solutions proposées au problème de la Post-Cure, on est obligé de conclure qu'il est pratiquement impossible, dans le cadre social actuel, de donner du travail, et du travail normalement rétribué aux tuberculeux. C'est d'autant plus impossible que dans notre état social actuel, les bien portants eux-mêmes sont privés de travail par un état de chômage croissant.

Dans l'impossibilité où la collectivité se trouve de donner le travail nécessaire à la vie du tuberculeux,

elle lui doit accorder compensation en améliorant ses conditions de vie, dans le cadre familial. C'est la condition nécessaire pour ne pas perdre les efforts qu'elle a fournis en lui permettant la cure sanatoriale.

Il faudra donc, après la cure, continuer ces efforts dans le cadre familial, en aidant le tuberculeux à améliorer son logement et sa nourriture, points cruciaux de son hygiène.

La solution qui résout ce problème semble être le Logement Sanatorium.

LE LOGEMENT SANATORIUM

Le Logement Sanatorium consiste dans le maintien après la cure, du tuberculeux, en milieu familial surveillé médicalement. Fait capital, il peut être réalisé dans n'importe quel groupe d'habitations.

Ses avantages sont importants : il permet la vie du tuberculeux dans sa famille, la surveillance médicale y permet le maintien des habitudes d'hygiène acquises au Sanatorium, ainsi que l'éducation de l'entourage. L'isolement relatif du tuberculeux, une chambre lui étant réservée, permet en évitant la promiscuité, d'empêcher la contamination des enfants.

Cette solution n'empêche pas le travail car le malade vit en pleine collectivité.

En fait, il s'agit d'aider le tuberculeux à obtenir une pièce qui lui est réservée dans un logement bien aéré, bien chauffé, dans un groupe d'habitations à bon marché, par exemple. Sa vaisselle, ses vêtements, son linge, sa literie, ses objets de toilette, lui sont propres. Sa nourriture, comme son hygiène, doit être surveillée et améliorée.

Un essai en a été pratiqué depuis 20 ans en France, sous l'impulsion de Docteur RIST et le mieux pour en rendre compte est d'en consulter les archives mises obligeamment à notre disposition par le Docteur HIRSCHBERG, le Docteur RIST et Mme DE ROUSSY DE SALLES, Médecins et Présidente de l'Œuvre du Logement Sanatorium.

Au Dispensaire Léon Bourgeois a été élaboré, les 5

et 20 janvier 1915 le règlement de l'Œuvre des Logements Sanatoriums fondée par l'Association des Infirmières visiteuses de France.

En voici la teneur :

Article I. — L'Association des Infirmières Visiteuses de France se propose de procurer le local d'habitation et les soins que réclame leur état à des malades parisiens indigents atteints de tuberculose pulmonaire, tout en leur permettant de continuer à vivre la vie de famille.

Article II. — A cet effet et en attendant la construction de maisons spéciales, elles prendra en location et elle assainira, si besoin est, des immeubles bien appropriés et les divisera en logements comprenant plusieurs pièces et une cuisine. L'une des chambres à coucher, meublée par les soins de l'Association, devra être exclusivement réservée au malade tuberculeux.

A défaut d'immeubles entièrement libres, l'Association louera des appartements ou des logements qu'elle aménagera comme il vient d'être dit.

Le choix des immeubles ou des logements devra être approuvé par le Comité dont il sera question à l'article V.

Article III. — Le prix de location demandé aux familles bénéficiaires de ces logements ne devra pas dépasser le prix moyen d'un logement hygiénique à bon marché, savoir 8 francs par semaine.

Il sera prévu, pour les familles recommandables, réduites à loger dans un hôtel garni, des logements meublés dont le prix n'excédera pas le prix moyen de 10 francs par semaine. Il y sera ajouté la facilité pour le locataire d'acquérir le mobilier au bout d'un temps déterminé, moyennant des versements périodiques.

Le loyer des logements meublés et non meublés sera payable par semaine et d'avance, le surplus restera à la charge de l'Association.

Article IV. — L'Association supportera la dépense de l'alimentation spéciale qui pourra être prescrite au malade, ainsi que celle du blanchissage de son linge, linge qui pourra être, s'il y a lieu, fourni par l'Association.

Article V. — Un Comité sera chargé de régler toutes les questions que soulèvera le fonctionnement de l'œuvre et de contrôler l'exécution des prescriptions de son règlement.

Ce comité comprendra 3 membres de l'Association des Infirmières visiteuses, les 3 médecins du Dispensaire antituberculeux Léon-Bourgeois, 1 Conseiller Municipal, membre de la cinquième Commission, le membre du Conseil de surveillance de l'Assistance Publique de Paris chargé de la surveillance du Dispensaire, un autre membre de cette assemblée, spécialement désigné par elle, l'Inspecteur des services administratifs et financiers de l'Assistance Publique, le chef de service des Hôpitaux de cette administration, le Directeur de l'hôpital Laennec et le visiteur du Dispensaire.

Article VI. — Ne pourront être admises dans les logements hygiéniques de l'œuvre que les familles comprenant un malade reconnu atteint de tuberculose pulmonaire par les médecins du Dispensaire Léon-Bourgeois et désigné par eux pour être admis au bénéfice de l'œuvre.

Article VII. — Le Médecin établira la fiche du malade sur laquelle il portera notamment une cote numérique (1 à 5 qui s'élèvera en proportion de l'intérêt que présentera l'acceptation de ce malade, ordonnera son inscription sur un registre spécial tenu au Dispensaire et prescrira les enquêtes d'usage. Les procès-verbaux d'enquête porteront également une cote numérique qui donnera le même élément d'appréciation en ce qui concerne l'admission de la famille.

Article VIII. — Au fur et à mesure de l'ouverture de nouveaux logements ou de vacances de ceux déjà occupés, le choix des familles appelées à bénéficier des dits logements sera exercé par une commission de 3 membres, savoir :

- 1 membre de l'Association ;
- 1 médecin du Dispensaire ;
- 1 représentant administratif du Directeur de l'Assistance Publique.

Les 3 membres de cette Commission seront désignés par le Comité et pris dans son sein.

Article IX. — La garde de la maison sera confiée à une Infirmière résidente, rémunérée par l'Association.

En outre de ses fonctions de gardienne de l'immeuble, cette infirmière aura pour mission de percevoir le montant de ses loyers, de faire l'éducation hygiénique et prophylactique des familles et d'assurer l'exécution des prescriptions du règlement sanitaire qui sera établi par les médecins du Dispensaire Léon Bourgeois. Si un supplément de régime alimentaire est ordonné au malade, c'est elle qui devra se procurer les aliments prescrits, les préparer elle-même, si cela est nécessaire, et veiller à ce qu'ils soient consommés par le malade seul.

Les mêmes fonctions seront exercées, sauf naturellement celles de gardiennes de l'immeuble, par une infirmière de secteur pour les logements occupés par des pensionnaires de l'Association dans les immeubles qu'elle n'aura pris en location que partiellement.

Article X. — Le malade devra se présenter au Dispensaire Léon-Bourgeois aux jours fixés par le médecin traitant. L'infirmière résidente devra s'assurer qu'il s'y présente effectivement et l'y accompagnera quand cela sera nécessaire.

Article XI. — Si le malade n'est pas en état de sortir, le médecin traitant du Dispensaire ou l'un des assistants de celui-ci ira le visiter à domicile.

Article XII. — Lorsque le médecin traitant estimera que l'état de santé du pensionnaire occupant la chambre d'isolement ne nécessite plus son maintien dans le Logement-Sanatorium, il devra aussitôt en donner avis à la secrétaire générale de l'œuvre.

Il devra également l'informer, le cas échéant, de l'op-

portunité du transfert du malade à l'hôpital ou dans un Sanatorium.

Article XIII. — Après décès du malade, un délai d'un mois sera accordé à la famille pour quitter les lieux loués.

Ce délai pourra être exceptionnellement prolongé sur avis conforme du Comité.

Article XIV. — Si dans le cas où le malade étant le père ou la mère de famille, son conjoint vient à décéder, le Comité décidera, suivant les circonstances, si la famille doit être ou non maintenue dans son logement.

Article XV. — Si le loyer reste impayé pendant 4 semaines, congé pourra être donné aux occupants.

Article XVI. — L'association conserve l'entière liberté de donner congé pour inexécution des prescriptions médicales et sanitaires, tapage, mauvaise tenue, dégradation des locaux, etc..., toutes les fois en un mot, qu'elle appréciera que le maintien d'une famille dans les lieux loués présente de graves inconvénients.

Dans ce cas, comme dans celui du congé pour non-paiement du loyer, l'Association devra prendre l'avis du Comité, mais à titre simplement consultatif.

Article XVII. — A titre d'expérience susceptible d'expansion, mais qui ne serait pas poursuivie si l'œuvre n'atteignait pas son but, en donnant lieu à des abus et sous réserve des autorisations et de l'obtention des crédits et des ressources nécessaires, l'administration générale de l'Assistance Publique à Paris viendra en aide à l'Association des Infirmières visiteuses de France, par le versement d'une subvention journalière de 2 fr. 50 par malade, à raison d'un malade par logement, ladite somme devant être employée comme suit :

Loyer de la chambre du malade	0 75
Coût du supplément du régime alimentaire	1 25
Indemnité à l'Infirmière résidente	0 50
	2 50

La somme de 1 fr. 25 représentant le coût des aliments prescrits en supplément, ne sera versée que pour le temps pendant lequel le malade occupera la chambre qui lui est réservée. En conséquence pendant les périodes d'absence du malade, motivées par un séjour à l'hôpital ou toute autre cause, et à la condition que l'absence dure au moins 8 jours, l'Association ne recevra de l'Assistance Publique que la somme de 1 fr. 25 par jour. Si l'absence se prolonge au delà d'un mois, l'Administration cessera le versement de toute subvention.

Après le décès du malade, elle versera à l'Association la somme de 1 fr. 25 par jour, mais pendant 15 jours seulement.

Article XVIII. — Le paiement des sommes versées à titre de subvention par l'Assistance Publique sera effectué mensuellement sur production d'un état de journées.

Il sera fait à la Caisse de l'Assistance Publique, 3, avenue Victoria, entre les mains de MM. Mirabaud, banquiers, 56, rue de Provence, trésoriers de l'Association.

Article XIX. — Le nombre des lits de malades pour chacun desquels l'Administration de l'Assistance Publique versera comme il vient d'être dit, la somme de 2 fr. 50, ne pourra dépasser 50, pendant l'année 1915.

Article XX. — Un Inspecteur des Services administratifs et financiers de l'Assistance Publique, sera chargé de contrôler et de viser les états de frais pris à sa charge par l'Assistance Publique en conformité du présent règlement. Il sera adjoint au membre du Conseil de Surveillance spécialement délégué par cette assemblée et chargé de la surveillance des dispositions hygiéniques et sanitaires des installations. Pour l'existence de cette surveillance il pourra être fait appel au concours d'un architecte et de l'ingénieur de l'Assistance Publique.

Tels sont les statuts de l'Œuvre du Logement Sanatorium. Nous pourrions mieux en apprécier toute

la valeur réalisatrice en rapportant le compte rendu de la Séance du 25 novembre 1925, c'est-à-dire, en fait, le résultat de 10 ans de travail, au 42 de la rue du Château-des-Rentiers.

Mme ROUSSY DE SALLES, présidente de l'Œuvre, après avoir rendu hommage à la mémoire de M. Léon BOURGEOIS et remercié le Docteur RIST de son précieux concours, remercie le Directeur de l'Assistance Publique, M. MOURIER, qui a fait porter à 7 fr. l'allocation journalière accordée par l'Assistance Publique par malade. D'autre part, elle insiste sur la difficulté, du fait de la crise du logement, de faire partir les familles de malades décédés. Elle insiste aussi sur l'utilité des logements sanatoriums pour les enfants ; l'Œuvre ayant assuré le séjour de 26 enfants aux colonies de vacances pendant 2 mois. Ils en sont d'ailleurs revenus avec un gain de poids de 2 à 3 kgs.

Ce relevé des comptes d'octobre 1924 à octobre 1925 comporte un solde de 1.679 fr. 55 à l'actif de l'Œuvre, l'Assistance Publique ayant participé au budget pour 13.308 francs.

Le Docteur WEISS fait l'exposé suivant de la situation sanitaire :

— Une nouvelle famille, les H..., a remplacé la famille Q... La famille H... a été durement éprouvée par la tuberculose. Le père était mort de cette maladie, la mère en est gravement atteinte. Elle a 5 enfants heureusement indemnes, mais qui étaient gravement menacés.

— *Etat des malades : 11 malades.*

Un guéri, le jeune K..., qui avait été contaminé par son père et qui est revenu, en août 1925, après une longue cure sanatoriale, guéri et capable de travailler.

— *Une en voie de guérison, sa sœur, Mlle K..., at-*

teinte de tuberculose ganglionnaire, en traitement à Berck.

--- 3 *améliorés*, Mme H..., qui a repris 4 kgs depuis son entrée au Logement Sanatorium et qui peut travailler (marchande de fleurs), mais son expectoration est encore bacillifère.

M. C..., qui ne travaille pas encore, bien que son état le lui permette. 10 examens bactériologiques ont été négatifs.

M. L..., qui peut travailler, mais dont les crachats sont encore bacillifères.

Etat stationnaire : 3 malades.

M. K... travaille.

M. G... travaille.

M. F... ne travaille pas.

Aggravés : 2 malades :

M. D..., avec conservation de l'état général.

M. D..., avec mauvais état général.

Décédé : 1 malade, Mme B..., tuberculeuse depuis 7 ans, habitait le Logement Sanatorium depuis 5 ans. Déjà gravement atteinte à son entrée. Son état longtemps stationnaire ne s'était aggravé que depuis un an et demi.

Il n'y a pas de nouveau cas de tuberculose au Logement Sanatorium.

L'exemple le plus remarquable en est le jeune B..., entré au Logement Sanatorium peu après sa naissance. Il n'a jamais présenté de signe d'infection tuberculeuse. Il a maintenant 2 ans 1/2 et sa cuti est encore négative. Il existe encore 6 familles qui ne sont plus dans les conditions médicales nécessaires pour habiter les locaux de l'Œuvre.

M. RIST en propose l'échange avec des familles de tuberculeux logeant dans les H. B. M. de la Ville de Paris. M. RISLER propose la création de Logements Sanatoriums dans les cités jardins des immeubles du

Département de la Seine, ce qui permettrait ensuite d'intéresser la Ville de Paris.

Le 12 décembre 1926, c'est-à-dire l'année suivante, l'Œuvre présente à son actif le solde suivant : 7.059 fr. 80, l'Assistance Publique ayant participé à ses frais pour 24.619 fr.

Le Docteur HIRSCHBERG expose ainsi la situation sanitaire des Logements-Sanatoriums :

L'année 1926 s'est écoulée d'une façon calme et satisfaisante, nous n'avons eu à déplorer aucune épidémie, aucun enfant ne paraît avoir été contaminé.

Décédés. — 4 bénéficiaires de l'Œuvre sont morts : 2 du progrès de la tuberculose, 1 d'occlusion intestinale, le quatrième d'hémoptysie foudroyante dont la nature tuberculeuse n'a jamais été démontrée.

Aggravé. — 1, M. D..., il y a lieu de redouter une issue fatale dans quelques mois.

Très améliorés. — 2 familles, H... et G..., ont vu leurs tuberculeux très améliorés.

Guéri. — M. P..., dont l'état a été tellement transformé qu'on peut parler de guérison.

Il termine son rapport en faisant l'éloge de Mme FERRACCI, Infirmière Résidente, « qui est véritablement, dit-il, la cheville ouvrière de cette Œuvre ».

Le 11 janvier 1928.

Le solde à l'actif de l'Œuvre est de 10.128 fr. 40, l'Assistance Publique ayant contribué pour 30.422 fr.

Voici le rapport du Docteur HIRSCHBERG pour l'année 1927.

Décès 3 : M. D..., entré à l'Œuvre en 1921, mort des suites de sa tuberculose pulmonaire. *Pas de contamination parmi les membres de sa famille.*

M. F..., décédé à la suite de manifestations méningées, entré à l'Œuvre en 1921.

M. C..., à l'Œuvre depuis 12 ans, son état général était stationnaire grâce à l'hygiène.

Pas de contagion à déplorer.

Contamination : 1 douteuse.

Dans l'ensemble, assez bon état sanitaire. Un seul enfant, G..., a présenté une petite ulcération de la corde vocale dont la nature était suspecte. Un séjour de 3 mois à Argicourt lui a fait grand bien. On n'a pas pu obtenir la preuve bactériologique permettant d'en affirmer la nature tuberculeuse.

Après avoir exposé l'état sanitaire général de l'Œuvre, le Docteur HIRSCHBERG note la bonne tenue des Logements-Sanatoriums et son excellente influence sur les enfants qui y habitent et demande la généralisation des Logements-Sanatoriums ainsi d'ailleurs que le Docteur RIST.

A la séance du 10 janvier 1929, le solde à l'actif de l'Œuvre est de 10.285 fr. 90, l'Assistance Publique ayant contribué pour 37.800 fr. Le Docteur HIRSCHBERG expose la situation sanitaire :

Décès : 1, M. K..., entré en 1922.

Naissances : 1, le petit-fils de 2 pensionnaires, MM. C... et D...

Nouvelle famille : 1, les D..., habitant auparavant un taudis.

Santé générale : 1 cas de diphtérie, sans complications.

32 enfants confiés à des œuvres pendant les vacances.

4 jeunes filles envoyées à San Salvador.

6 autres à Pontourny.

Il demande l'extension de l'Œuvre aux H. B. M. Il insiste sur l'influence bénéfique de l'Infirmière Résidente sur les groupes d'habitation voisins de l'Œuvre : 70 familles du quartier ont été ainsi visitées : 28 suspects ont été adressés au Dispensaire Léon Bourgeois ou à celui du XIII^e ; 18 enfants ont été adressés au Préventorium de Brevannes ; 43 sont en-

voyés aux colonies de vacances ; 7 jeunes filles à Pontourny.

Au 22 janvier 1930, le procès-verbal montre l'extension de l'Œuvre, qui a loué un pavillon, 156, rue de Vanves (depuis juillet 1929).

Le rapport financier pour 1929 est le suivant :

Pour la rue du Château-des-Rentiers (à partir de janvier) :

ACTIF		
		<i>Avoir</i>
A. I. V. F.	12.521	»
A. P.	27.840	»
Loyers payés par familles des Logements-Sanatoriums	5.979	»
Solde de 1928	10.285	90
	56.625	90

PASSIF		
		<i>Doit</i>
Loyer payé à l'Assistance Publique	24.343	75
Traitement de l'Infirmerie	12.450	»
Alimentation	8.856	90
Dépenses générales	12.530	85
Assistance	1.949	»
	57.128	50

Solde à l'actif de l'Œuvre : 502 fr. 60.

Pour la rue de Vanves (à partir de juillet) :

ACTIF		
		<i>Avoir</i>
A. I. V. F.	34.000	»
Dons divers	6.430	»
Loyers payés par familles	3.400	»
	43.830	»

PASSIF

	<i>Doit</i>
Frais d'installations	19.781 60
Dépenses générales courantes	1.411 40
Alimentation	2.164 15
Traitement infirmière	6.000 »
Assistance	170 »
Loyer payé aux H. B. M.	14.301 40
	43.828 55

Solde à l'actif de l'Œuvre : 1 fr. 45.

Le rapport médical du Docteur HIRSCHBERG donna les résultats suivants :

Rue du Château-des-Rentiers : Situation sanitaire stationnaire.

Décès : 2. M. L..., mort de sa tuberculose pulmonaire.

M. P..., 18 ans, fils d'un tuberculeux stabilisé. Il a présenté une tuberculose pulmonaire à début brusque rapidement évolutive en 3 mois. *Fait capital*, l'expectoration du père est négative depuis longtemps, aussi la contamination paternelle semble devoir être écartée.

Aggravation : 1, Mlle K..., 19 ans, poussée de tuberculose pulmonaire grave. A son entrée, elle présentait déjà une adénite tuberculeuse témoin d'une contamination antérieure. Elle a tardé longtemps à suivre les conseils médicaux. Son pronostic est réservé.

Rue de Vanves : Mêmes principes.

Contenu maximum : 18 familles.

Effectif la première année : 13 familles de tuberculeux avérés. Bon état général des malades ; 5 soignés par pneumothorax.

Pour l'année 1930, voici le rapport financier :

(1) *Rue du Château-des-Rentiers :*

	<i>Recettes</i>
A. I. V. F.	28.203 »
Assistance Publique	21.280 »
Loyer payé par les familles	11.112 »
Solde de 1929	4.478 40
	65.073 40

	<i>Dépenses</i>
Loyer payé à l'Assistance Publique	24.962 25
Appointements de l'Infirmière	13.200 »
Dépenses générales	13.201 45
Alimentation	5.401 80
Assistance	1.304 »
Colonies de vacances	1.330 »
Téléphone	1.204 15
	60.683 65

Dépenses

Solde en caisse : 4.389 75.

(2) *Rue de Vanves :*

	<i>Recettes</i>
A. I. V. F.	25.938 »
Assistance Publique	54.240 »
Loyers payés	11.950 »
Solde de 1929	1 45
	92.129 45

	<i>Dépenses</i>
Loyer payé aux H. B. M.	29.296 »
Appointements Infirmière	12.000 »
Dépenses générales	7.960 90
Suite frais d'installation	15.088 10
Alimentation	8.118 60
Assistance et Colonies de vacances	2.130 »
Honoraire du Docteur pour les 2 groupes.	4.080 »
	78.674 50

Solde en caisse : 13.454 fr. 95.

Le Docteur HIRSCHBERG expose le rapport suivant pour 1930 :

Décès : 3. Mlle K..., du rapport précédent, qui présentait déjà une adénopathie tuberculeuse cervicale à son entrée et qui avait refusé le traitement sanatorial.

M. B..., mort de manifestations méningées.

M. H..., mort de néphrite tuberculeuse.

Aggravés : 1, M. H..., d'état précaire.

Contaminations : Chez les enfants B..., préexistait à l'entrée.

L'enfant D... présente une localisation tuberculeuse pulmonaire qui nécessite son placement au sanatorium.

Le rapport médical du Docteur HIRSCHBERG pour 1931 est le suivant :

(1) *Rue du Château-des-Rentiers* restent 5 familles avec 22 enfants.

La santé des enfants n'a donné aucune inquiétude.

Décès : 1, Mme H..., au Logement-Sanatorium depuis 1924, des progrès de sa tuberculose, *sans avoir contaminé ses enfants.*

Amélioration remarquable : Mme D...

Stationnaire : M. G...

Moins bien : MM. H... et K..., *mais* peuvent travailler.

(2) *Rue de Vanves* : Bilan moins agréable.

Décès : M. J..., très rapidement.

Pneumothorax thérapeutiques: 2. Mme H..., améliorée, mais état général toujours précaire.

M. B..., amélioré, mais état général toujours très précaire.

Envoyé au Sanatorium de Bligny : M. B...

9 enfants, ont bénéficié de séjours à la campagne.

Le Docteur HIRSCHBERG insiste sur le maintien d'une santé parfaite chez tous les enfants, l'absence de contamination parmi eux, c'est le point important à retenir, l'expérience du début a fait ses preuves, on doit le faire savoir, reprendre cette forme de prophylaxie et insister pour réunir de nouveaux adeptes.

Il déclare ensuite qu'à l'instigation de M. le Docteur RIST et de lui-même, les Assurances Sociales ont envisagé l'application des Logements-Sanatoriums dans les habitations ouvrières de la Seine.

Pour l'exercice 1932, voici le rapport financier :

	<i>Dépenses</i>
Dépenses générales	23.613 95
Alimentation	10.246 85
Appointements	22.600 »
Loyers aux H. B. M. et à l'A. P.	39.117 75
Colonies de vacances	3.700 »
Etrennes enfants	400 »
Assistance	5.823 80
Réparations locatives	520 »
Total des dépenses	106.022 35
Solde en caisse au 31-12-32	13.513 80
	119.536 15

	<i>Recettes</i>
Solde au 31 décembre 1931	16.054 15
Reçu de l'Assistance Publique	53.692 »
Reçu loyer des familles	13.288 »
Reçu subvention 1932	33.002 »
Reçu subvention visiteurs	3.500 »
Total	119.536 15

Le Docteur HIRSCHBERG expose le rapport médical suivant :

Rue du Château-des-Rentiers : En voie de liquidation. Encore 6 familles avec 3 malades dont 2 stationnaires et 1 très amélioré, 22 enfants bien portants.

Rue de Vanves : 18 familles avec 15 malades ; 49 enfants.

1 famille nouvelle, les D...

Décès : 2. M. T... Sa fin a été hâtée par son éthylisme chronique en juillet.

M. B... est disparu en janvier.

Etat général des malades satisfaisant.

3 réinsufflations régulières de pneumothorax.

Le Docteur HIRSCHBERG insiste encore cette fois-ci sur les résultats des Logements-Sanatoriums. Il demande leur extension et surtout envisage leur consécration par les Assurances Sociales.

Il poursuit, comme les autres années, par l'éloge du dévouement de l'Infirmière Résidente, Mme FERRACCI.

Rapport financier pour 1933 :

	<i>Recettes</i>
Solde au 1 ^{er} janvier 1933	13.513 80
Assistance Publique	78.420 »
Loyers	12.892 »
Subvention A. I. V. F.	10.000 »
Subvention visiteurs	2.000 »
Total	116.825 80

	<i>Dépenses</i>
Loyers A. P. et H. B. M.	40.875 40
Dépenses générales	27.331 05
Alimentation	12.055 60
Appointements	18.000 »
Etrennes	200 »
Assistance	1.407 »
Total	99.869 05
En caisse au 31 décembre 1933	16.956 75
	116.825 80

Voici le rapport médical du Docteur HIRSCHBERG :
 Dans l'ensemble, bon état général des malades.

Très améliorées : Mmes D... et Le G...

Nouvelle famille : Les L... avec 3 enfants en bonne santé.

Décès : M. B... en avril, de laryngite tuberculeuse.

M. D... atteint de lésion très grave, amélioré par pneumothorax, mais en avril perforation pulmonaire qui l'a emporté.

En somme, les Logements-Sanatoriums hébergent 21 familles avec 17 malades, tous tuberculeux avérés mais se portant bien.

Il y a 55 enfants, tous bien portants, la plupart ont été envoyés aux colonies de vacances.

Le Docteur HIRSCHBERG termine par ces mots :

« Leur avenir (aux enfants) paraît assuré et c'est là l'essentiel de notre but ; la justification de nos peines et de nos efforts et la preuve que la contamination n'est ni obligatoire ni fatale si l'on prend les précautions dont nous nous entourons aux Logements-Sanatoriums. »

Pour l'exercice 1934 :

Voici le rapport financier :

	<i>Recettes</i>
Assistance publique	96.976 »
Loyers	10.662 »
Subvention Banque Mirabaud	10.200 »
	117.838 »
En caisse le 1 ^{er} janvier 1934.....	16.956 75
	134.794 75
	<i>Dépenses</i>
Dépenses générales	30.561 »
Alimentation	12.719 80
Appointements	18.000 »
Loyer Assistance Publique	34.872 »
Assistance	880 »
Honoraires	2.000 »
Total	90.032 80

Voici le contenu du rapport médical du Docteur HIRSCHBERG :

— *Rue du Château-des-Rentiers*, encore 3 familles.

Aggravé : 1, M. H...

Stationnaire : M. G...

Guérie absolument : Mme D..., ayant appartenue 7 années à l'Œuvre.

— *Rue de Vanves* : 18 familles, 14 malades.

Nouvelle famille, les B..., avec 3 enfants de 8, 5 et 4 ans.

Décès : Mme D..., après 10 mois d'alitement. Aucun de ses enfants n'a été contaminé.

Etat grave : Mme H..., qui a subi 2 pneumothorax. Les enfants sont parfaitement indemnes.

Les autres vont tous bien, quels qu'ils soient :

- porteurs de pneumothorax artificiel,
- malades astreints à la cure,
- ceux qui travaillent,
- ceux qui se reposent.

Du côté des enfants, pas de contamination à signaler.

Dans l'entourage des Logements-Sanatoriums : Action favorable, si bien qu'on a pu envoyer 22 jeunes filles à Pontourny et 78 enfants aux Colonies de vacances.

Le Docteur HIRSCHBERG termine par ces mots : « A ces résultats, vous pouvez mesurer son zèle et ses mérites (de Mme FERRACCI, l'Infirmière Résidente) et juger de la vitalité d'une formule sociale, dont l'utilité n'est plus à démontrer ».

De telles archives permettent de mesurer les résultats obtenus en 20 ans de travail par l'Œuvre du Logement-Sanatorium. Nous en avons publié d'ailleurs les derniers budgets pour en montrer la viabilité financière de l'entreprise.

Les comptes rendus médicaux permettent aussi d'insister sur la valeur prophylactique au point de vue familial, surtout pour les enfants du Logement Sanatorium.

Au point de vue du tuberculeux lui-même, ils montrent quand même la nécessité de l'envoyer préalablement faire une cure de quelques mois dans un sana, pour y étayer le traitement par l'acquisition d'habitudes hygiéniques, qui permettront une meilleure utilisation du Logement Sanatorium.

Le Logement Sanatorium n'a donc maintenant aucune prétention à remplacer le Sanatorium, mais au contraire à en consolider l'action. Il peut donc être une arme efficace dans la solution du problème de la Post-Cure.

Actuellement que sa valeur n'a plus à être démontrée et que ses artisans de longue date, devant les faits, en demandent l'extension et la généralisation, il serait utile, pour en permettre la réalisation, de coordonner les efforts de tous les organismes anti-tuberculeux.

Les Assurances Sociales entre autres, intéressées par l'invalidité de nombreux tuberculeux, sortis de sanatorium, auraient intérêt à y apporter leur collaboration médicale et financière.

LES ASSURANCES SOCIALES ET LE LOGEMENT SANATORIUM

L'expérience du Service des Cures de la Caisse interdépartementale confirme les observations déjà faites dans de nombreux services de tuberculeux.

En effet, bien que les Assurances Sociales ne fonctionnent que depuis cinq ans, les médecins de leurs services ont pu constater fréquemment que des tuberculeux stabilisés par un premier séjour en sanatorium faisaient une rechute dans un délai plus ou moins éloigné et que cette rechute était consécutive à une reprise de travail prématurée dans des conditions d'hygiène défectueuses et à un effort trop grand pour d'anciens malades.

Il est donc évident que, du point de vue strictement financier, des aménagements dans la post-cure seraient d'une très grande importance pour les Caisses d'Assurances Sociales. Il vaut mieux traiter plus longuement les malades et les suivre plutôt que de les remettre en circulation, quitte à les voir retomber à la charge des Caisses, dans un délai souvent assez rapproché.

Nous nous sommes longuement étendus dans le chapitre précédent sur les résultats obtenus par les logements sanatoriums et il nous a semblé que les Caisses d'Assurances Sociales pouvaient s'inspirer de l'expérience ainsi menée à bien, depuis de longues années, pour réaliser quelque chose d'analogue.

Nous allons essayer de chiffrer les avantages matériels qui pourraient être obtenus par le placement des malades en logements sanatoriums.

Si, par exemple, nous étudions ce que coûte, pendant la période de prévention-maladie, un assuré social tuberculeux, placé en sanatorium, nous faisons la constatation suivante :

Soit un assuré du sexe masculin de cinquième catégorie, avec 4 enfants.

Il touche son demi-salaire, plus les charges de famille, pendant 6 mois, soit 16 fr. par jour que multiplient 150 jours ouvrables. On obtient une somme de 2.400 fr. Par ailleurs, la Caisse remboursera 80 % du prix des journées en sanatorium, soit en moyenne 23 fr. pendant 180 jours : 4.140 fr. Au total, la Caisse d'Assurances Sociales aura à déboursier pour ce malade :

4.140 francs
+ 2.400 francs

6.540 francs, pour 6 mois.

Lorsque le malade est placé en hôpital-sanatorium, du type Brévannes, la somme dépensée par la Caisse est encore plus élevée, la participation au placement dans les établissements de l'Assistance Publique n'étant plus de 23 francs par jour, comme pour les sanatoriums, mais de 30 fr. 20. Mais, dans la plupart des cas, l'assuré social tuberculeux est déjà fort avancé, dans sa période de 6 mois, lorsque le placement en sanatorium devient réalisable. Il ne tarde pas à entrer dans l'invalidité.

Voyons alors quelles sont les dépenses effectuées pour l'assuré invalide placé en sanatorium :

La Caisse Invalidité lui verse une pension qui s'élève en moyenne à 4.000 francs par an. S'il reste une

année en sanatorium, la Caisse Maladie paiera au sanatorium 23 francs que multiplient 365 jours = 8.395 francs. Au total donc, on arrive à une somme de 12.400 francs par an.

Si le malade était en hôpital-sanatorium, on arriverait à une somme encore plus élevée.

Il convient, par ailleurs, de noter que dans tous ces cas la Caisse Interdépartementale n'a payé, de frais de séjour en sanatorium, que selon son tarif de responsabilité. Nous avons bien spécifié que le Contrôle Médical ne paie que 23 francs par jour en sanatorium alors que le prix moyen de journée est de 30 francs. Il y a donc un complément de 7 francs par jour qui doit être payé par l'assuré lui-même, lorsqu'il le peut, — et il est bien souvent hors d'état de faire cet effort financier, — sinon ces 7 francs par jour sont payés par l'Assistance médicale, c'est-à-dire par une collectivité.

Dans tous ces cas d'ailleurs, la somme laissée à la famille est très faible et par conséquent la femme et les enfants de cet assuré sont laissés dans la misère, cause elle-même de morbidité tuberculeuse.

Voyons maintenant quelle serait la situation si nos malades étaient placés en logements-sanatoriums.

Ces malades toucheraient naturellement leur pension d'invalidité, avec leur demi-salaire réduit, mais, d'autre part, il conviendrait que le prix de journée, payé en sanatorium, soit remplacé par une indemnité leur permettant de payer leur loyer.

Le loyer de l'Œuvre du Logement-Sanatorium est de 1.700 fr. par an, ce qui revient à dire que, pour une année, les sommes dépensées par les Caisses pour un malade en logement-sanatorium seraient de: 4.000 francs de pension ou demi-salaire + 1.700 par an de loyer, soit une somme globale de 5.700 et par conséquent un bénéfice de :

12.400 francs
— 5.700 francs

6.700 francs par an et par malade.

En réalité, le bénéfice pour les Caisses ne serait pas si grand, car en logement-sanatorium, les dépenses peuvent être évaluées tout au moins pour la première année à (pour 25 malades) :

- 20.000 fr. pour le logement et le traitement de l'infirmière visiteuse
 - + 30.000 fr. (paiement du mobilier de la chambre du malade, soit 1.200×25)
 - + 20.000 fr., somme approximative pour frais supplémentaires divers.
-

70.000 fr. au total par an pour la première année, somme qui pourrait être réduite à 50.000 fr. pour les années suivantes, soit par malade et par an : 2.000 francs.

En définitive, il nous semble que, à raison d'un groupe de logements pour 25 malades, au lieu d'une somme totale de $12.400 \text{ fr.} \times 25 = 310.000 \text{ fr.}$, 25 malades en hôpital-sanatorium coûteraient : $(6.700 \times 25) + 50.000 = 217.500 \text{ fr.}$, soit un bénéfice de $310.000 - 217.500 = 92.500 \text{ fr.}$, pour 25 malades.

L'avantage financier serait considérable. Il se double, ainsi que nous l'avons vu dans le chapitre précédent de l'avantage inestimable de conserver intact le milieu familial avec tous les bénéfices d'ordre matériel et moral que cela implique.

Nous pouvons nous demander comment et avec quoi vivrait une famille dans son logement-sanatorium. Les documents que nous avons pu recueillir en observant certaines familles actuellement installées dans l'Œuvre du Logement-Sanatorium, nous ont permis de constater que des ressources matérielles

assez diverses permettent à la plupart d'entre elles, d'équilibrer leur budget :

Souvent, c'est la femme du malade qui travaille au dehors ou bien c'est l'un des enfants ; certaines indemnités sont touchées auprès de Caisses de Compensation ou de Mutuelles ; enfin certains malades se livrent à un petit travail à domicile.

En somme, on peut considérer que l'assuré social tuberculeux, placé en logement-sanatorium, coûte beaucoup moins cher que l'assuré social tuberculeux, placé en sanatorium. Il faudrait assimiler les logements-sanatoriums à des établissements de cure et en quelque sorte payer le loyer de ces malades. Ce loyer, plus le demi-salaire réduit ou la pension d'invalidité sont suffisants pour leur permettre d'équilibrer leur budget.

Comment pouvons-nous envisager maintenant, d'une façon plus pratique, l'installation de ces tuberculeux avec l'appui des Assurances Sociales.

Trois solutions peuvent être envisagées :

— Ou bien les Caisses d'Assurances Sociales, groupées auprès de l'Union des Caisses, peuvent créer, construire et organiser elles-mêmes une œuvre de logements-sanatoriums ;

— ou bien l'Union des Caisses peut subventionner une œuvre nouvelle qu'elle serait tenue de contrôler et d'alimenter en malades.

— enfin les Caisses pourraient agréer une œuvre déjà existante.

Il s'agit là, en somme, de questions d'opportunité.

Par ailleurs, il conviendrait de trouver auprès des Offices d'habitations à bon marché ou auprès de sociétés immobilières, l'appui nécessaire pour pouvoir organiser nos groupes de logements-sanatoriums.

Certains ont cru que ces logements-sanatoriums

risqueraient de porter le discrédit sur des groupes d'habitations à bon marché en les assimilant à de modernes léproseries.

L'expérience faite, tant rue du Château-des-Rentiers que rue de Vanves, réduit à néant une semblable crainte.

Rue de Vanves, par exemple, le pavillon (M) de tuberculeux n'est nullement considéré avec crainte par les familles habitant les pavillons voisins. Des contacts se sont souvent établis entre les enfants de ces divers pavillons et jusqu'à présent on n'a pas recueilli d'échos de discrédit jeté sur les familles de tuberculeux.

Par ailleurs, lorsqu'il y a un pavillon de tuberculeux dans un groupe d'habitations à bon marché, l'infirmière résidente peut avoir une influence très grande sur la tenue générale des immeubles et sur la prophylaxie de la tuberculose auprès de toutes les familles.

*
* *

En définitive, nous nous sommes efforcé dans ce chapitre de démontrer que le logement-sanatorium coûte moins cher que le sanatorium et qu'outre ses avantages financiers il permet de ne pas dissocier la cellule familiale et laisse, à la famille du malade, la possibilité de vivre dans des logements sains, propres, avec des ressources suffisantes.

C'est cette démonstration que nous voulions faire. Nous espérons que les dirigeants des Caisses des Assurances Sociales sauront comprendre l'intérêt qu'il y aurait à développer dans notre pays le logement-sanatorium, œuvre éminemment utile, œuvre d'avenir.

CONCLUSIONS

Les conceptions modernes de la tuberculose nous permettent de dire que cette maladie n'est pas faite d'hérédité fatale mais de contagion évitable.

Deux facteurs sont essentiels dans la propagation de la tuberculose :

- le microbe ;
- le terrain.

Or, l'organisation actuelle de l'armement anti-tuberculeux s'est essentiellement attaché à la lutte contre le microbe, le dépistage précoce étant fait par le dispensaire, l'arrêt de la poussée évolutive par le sanatorium, l'isolement des contagieux incurables par l'hôpital ou l'hôpital-sanatorium.

La thérapeutique moderne de la tuberculose, en particulier la collapsothérapie, associée à la cure hygiéno-diététique, permet le plus souvent, si le malade est pris à temps, de stabiliser le tuberculeux, de faire disparaître ou régresser les signes généraux et fonctionnels d'évolution et en particulier de tarir ou de rendre non bacillifère l'expectoration.

Mais il ne faut pas croire que la collectivité a fait tout son devoir vis-à-vis des tuberculeux lorsque, par une thérapeutique judicieuse, elle a obtenu l'arrêt de la poussée évolutive.

Au sortir du sanatorium le malade n'est pas guéri. Il a besoin d'une surveillance constante, d'une vie ex-

trêmement régulière afin d'éviter la rechute. Or, dans l'état actuel de notre organisation, l'ancien malade retourne aux conditions de vie mêmes qui ont favorisé l'éclosion de la première poussée évolutive.

Il y retrouvera les causes essentielles favorisant la tuberculose : l'alimentation irrationnelle et insuffisante, le logement malsain, les conditions de travail défectueuses, la mauvaise organisation des loisirs.

La rechute est inévitable dans un délai plus ou moins lointain. Il apparaît donc que l'armement anti-tuberculeux se limitant au dépistage précoce et à l'arrêt de la poussée évolutive ou à l'isolement de l'incurable, ne remplit pas tout ce qu'on pourrait espérer d'une organisation aussi puissante et aussi coûteuse.

Laisser, livré à ses propres ressources, sans surveillance, sans appui, le tuberculeux, au sortir du sanatorium, est une erreur ; c'est aussi un mauvais calcul financier.

Le problème de la post-cure apparaît donc comme capital.

Certes, il n'a pas été sans préoccuper de nombreux phthisiologues et de nombreux sociologues. Dans divers pays, des solutions différentes ont été proposées et partiellement réalisées. Mais jamais le problème d'ensemble n'a été envisagé dans sa totalité et les essais partiels ont amené souvent à des faillites ou à de graves déboires.

Cependant ainsi que nous l'avons très brièvement indiqué ci-dessus le problème de la post-cure apparaît comme capital si l'on veut obtenir que la lutte antituberculeuse aboutisse à des résultats tangibles.

Une solution particulièrement heureuse du problème de la post-cure a paru être le logement-sanatorium.

En France même le logement-sanatorium a été réa-

lisé et une expérience de plus de 20 ans a permis de démontrer non seulement les avantages familiaux, médicaux et économiques, mais encore de montrer la valeur prophylactique du logement-sanatorium. L'œuvre réalisée en France a reçu en 20 ans, 120 familles de tuberculeux, cracheurs de bacilles, parmi lesquelles *on n'a pas pu noter un seul cas de contamination infantile.*

C'est là une très belle démonstration.

Malheureusement, l'Œuvre du Logement-Sanatorium n'a pas reçu l'extension qu'elle méritait. Ce n'est pas à 120 familles de tuberculeux qu'il faudrait apporter le logement-sanatorium mais à plusieurs milliers et nous croyons pouvoir dire que les Assurances Sociales devraient se préoccuper du problème, elles qui ont à leur charge de nombreux tuberculeux, bénéficiaires, soit de l'assurance maladie, soit de l'assurance invalidité.

Placés en sanatorium ou en hôpital-sanatorium, ces malades coûtent extrêmement cher aux Caisses, se soignant en cure libre, ils constituent un danger pour leur entourage et s'améliorent bien rarement.

En logement-sanatorium, par contre, ils pourraient être sous surveillance médico-sociale très sérieuse, vivre en milieu familial et par conséquent se trouver dans les meilleures conditions possibles non seulement pour s'améliorer mais pour affermir la stabilisation de leurs lésions.

Nous avons démontré avec chiffres à l'appui qu'il en coûterait beaucoup moins cher pour les Caisses de placer les malades en logement-sanatorium plutôt qu'en sanatorium ou hôpital-sanatorium.

Ces solutions ne s'opposent nullement l'une à l'autre mais répondent à des cas bien définis.

Nous espérons que les dirigeants des organismes d'assurances sociales, comprendront que le logement-

sanatorium pourrait être dans un délai très prochain un des piliers essentiels de l'armement anti-tuberculeux et qu'ils voudront bien, par tous les moyens à leur disposition favoriser la création et le développement de cette institution.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BEZANÇON

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- AMSLER et FÉVRIER. — Diminution de la mortalité tuberculeuse par l'action prophylactique des dispensaires. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 4, 1929).
- Annuaire Sanitaire International de la S. D. N.* pour 1928. (Genève, 1929).
- ANTONELLI. — Guide pratique des Assurances Sociales. (Payot, 1928).
- ARBOGAST. — Conseils pratiques donnés aux malades des sanatorias populaires. (*Institut d'Assurances Sociales de Strasbourg*).
- Armement Anti-Tuberculeux de la Belgique*. (Ligue Nationale Belge contre la Tuberculose, Bruxelles, 1929).
- Armement Anti-Tuberculeux Français*. (Du Comité National de Défense contre la Tuberculose. Masson, 1934).
- ARNOULD. — Désinfection du logement du tuberculeux, son remplacement par des mesures de propreté. (*Revue de Phtisiologie*, juillet-août 1928).
- ARNOULD. — La fréquence de la tuberculose est indépendante de l'alcoolisme. (*Revue de phtisiologie médico-sociale*, n° 4, 1932).
- AURIACOMBE. — Réadaptation du tuberculeux au travail et assistance post-sanatoriale. (*Th. Paris*, 1933).
- BAILLET. — Village-Sanatorium, Sanatorium, Hôpital-Sanatorium. (*Presse Médicale*, n° 99, 1926).
- Le rôle éducatif du dispensaire. (*Bulletin de la Société des Médecins des Dispensaires*, juin 1927).

- BELLIÈRE. — Dépistage, contrôle, traitement et prophylaxie de la tuberculose parmi le personnel infirmier et ouvrier de l'A. P. de Paris. (*Th. Paris*, 1932).
- BERNARD (Léon). — Les U. S. A. de l'hygiène. (Musée Social, 1923).
- Papworth. Une solution au problème social de Tuberculose. (*Presse Médicale*, avril 1924).
 - La tuberculose pulmonaire. (Masson, 1925).
 - La valeur des mesures de prophylaxie sociale antituberculeuse. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, 1925, n° 1).
- BERNARD (Léon), BARON et VALTIS. — Statistique du pneumothorax artificiel dans le traitement de la tuberculose pulmonaire. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, n° 1, 1925).
- BEZANÇON (A.). — La loi sur les Assurances Sociales et les dispensaires d'hygiène sociale. (*Revue de phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1928).
- BEZANÇON (Fernand). — L'orientation nouvelle de la lutte antituberculeuse, créée par la généralisation des méthodes de collapsothérapie. (*Communication à l'Académie de Médecine* du 13 avril 1930).
- Modalités particulières de la contagion de la tuberculose. (*Monde médical*, juin 1935).
- BEZANÇON (Fernand), BRAM, FREY-RAGU. — Tuberculeux pulmonaires ignorés, décelés par l'examen systématique. (*Revue de Tuberculose*, n° 2, 1930).
- BIRAUD. — La mortalité tuberculeuse et son évolution ; aperçu géographique et épidémiologique. (*Revue de Phtisiologie médico-sociale*, n° 1, 1930).
- BOLTON THOMSON (W.). — Notes and suggestions on the finding of employment for the tuberculous by tuberculosis care Committees (Londres, 1927).
- BRAND. — Organisation de la prophylaxie anti-tuberculeuse dans les districts ruraux. (*Rapports à la VI^e Conférence internationale de la tuberculose*, Rome, 1928).
- BRISSAUD. — L'assistance post-sanatoriale. (*Marseille médical*, n° 15, 1928).

- BRONKHORST et SERRAENS (d'Utrecht). — Assistance aux tuberculeux après sanatorium. (*Bulletin International d'Hygiène Publique*, n° 7, 1924).
- BUISSON. — Entretiens sur les Assurances Sociales. (G. G. T., 1930).
- CALMETTE (A.). — L'infection bacillaire et la tuberculose chez l'homme et les animaux.
- CAMPBELL-KLEIN et GRANT THOMBURN. — Du bureau de placement pour tuberculeux. (*Bulletin de l'Union Internationale contre la tuberculose*, n° 3, 1929).
- CIBRIÉ et TOCHEPORT. — Clairvivre, erreur médico-sociale. (*Le Siècle Médical*, 1^{er} octobre 1933).
- COLLET. — Le problème post-sanatorial, la Cité pour tuberculeux. (*Th. Bordeaux*, 1932).
- CORMAN. — Idées anciennes et modernes sur la constitution des tuberculeux. (*Gazette des Hôpitaux*, n° 63, 1931).
- DEHIE et LELONG. — Sur la prophylaxie de la tuberculose. (*Le Monde Médical*, juin 1935).
- DENOYELLE. — Etude statistique sur l'étiologie de la tuberculose pulmonaire chez l'adulte. (*Th. Paris*, 1926).
- DUFOURT. — Hérité et terrain dans la tuberculose. (*Monde Médical*, juin 1935).
- EBER. — Le traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax dans le cadre du Code sur les Assurances Sociales d'Alsace-Lorraine (*Revue de phtisiologie médico-sociale*, n° 6, 1925).
- ERICAN. — La cure de travail dans la tuberculose. (*Th. Toulouse*, 1932).
- FLEUROT. — Préservation de tuberculose et vie familiale. (*Th. Toulouse*, 1932).
- FOURNIER. — Préservation de tuberculose et vie familiale. (Spes, 1934).
- FRENKEL. — Les œuvres post-sanatoriales. (*Th. Toulouse*, 1930).
- GODARD. — Pour une organisation antituberculeuse unique dans la région parisienne. (*Bulletin de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la Région parisienne*, juin 1935).

- Assurances Sociales et lutte anti-tuberculeuse. (*Th. Paris*, 1930).
- Cure individuelle surveillée des tuberculeux. (*Revue de phtisiologie*, n° 3, 1934).
- Situation démographique à Paris en 1929. (*Bulletin de l'Union des Caisses*, janvier 1937).
- GRIESER. — Le rôle de la prévention dans l'Assurance Sociale. (*Revue Internationale du Travail*, juin 1927).
- GUINARD (L.). — Stations et établissements de cure pour tuberculeux. La réglementation à leur appliquer. (*Revue de phtisiologie*, septembre à décembre 1931).
- Principaux éléments de lutte contre la tuberculose. Dispensaires et sanatoriums. (*Bulletin de la Société des Médecins de sanatoriums*, juillet 1935).
- Assistance post-sanatoriale. (*Revue de phtisiologie*, septembre-octobre 1932).
- GUINARD (V.). — Avenir éloigné de tuberculose pulmonaire chez 831 cracheurs de bacilles, suivis au sanatorium de Bligny. (*Th. Paris*, 1925).
- HAZEMANN. — La cure libre du tuberculeux provoque-t-elle une mortalité apparente des jeunes adultes à la campagne. (*Mouvement sanitaire*, janvier 1933).
- Une Cité sanitaire française pour tuberculeux. (*Annales d'hygiène publique*, juin 1933).
- Rapport à la V^e réunion provinciale du Syndicat des médecins hygiénistes français. (Lyon, mars 1932).
- La cité sanitaire des blessés du poumon. (Berger-Levrault, 1932).
- Economie sociale et tuberculose. (*Bulletin de l'Union des Caisses d'Assurances Sociales de la région parisienne*, juin 1935).
- HIRSCHBERG. — Les logements sanatoria. (*Paris Médical*, janvier 1931). *Annales de l'œuvre des Logements Sanatoria* (Document non publié).

- KANTOROVICZ. — Die Tuberkulosesterblichkeit und ihre sozialen Ursachen. (*Th. Berlin*, 1930).
- KUSS. — Quels tuberculeux admettre et conserver dans les sanatoriums publics. (*Bulletin de la Société des Médecins de Dispensaires*, 1923).
- LEANDRI. — L'avenir des tuberculeux à la sortie du sanatorium. (*Th. Lille*, 1932).
- LEFEBVRE. — Les logements-sanatoria. (*Th. Paris*, 1925).
- LEMOINE. — Application des Assurances Sociales à la lutte antituberculeuse en Alsace-Lorraine. (*Th. Lille*, 1927).
- LÉVY. — La tuberculose dans la classe ouvrière. (*Th. Nancy*, 1928).
- LORAUX. — Contribution à l'étude de la tuberculose conjugale. (*Th. Paris*, 1935).
- LORION. — Le logement du tuberculeux. (*Mouvement sanitaire*, août 1932).
- LUMIÈRE (A.). — La tuberculose pulmonaire n'est pas contagieuse pour l'adulte. (*Monde médical*, juin 1935).
- Tuberculose, contagion, hérédité. (Sézanne).
 - L'hérédité tuberculeuse.
 - Hygiène des locaux d'habitation et tuberculose. (*Annales d'Hygiène* pour 1934).
- MC DARGALL. — A Resume of five years work at a village settlement for tuberculous ex-service men. (*Tubercle*, n° 7, 1930).
- MILLER. — Climate in the treatment of pulmonary tuberculosis. (*Tubercle*, n° 2, 1929).
- MILLER et GEBHERALT. — L'hôpital familial. (*American Review of tuberculosis*, n° 6, 1925).
- NICO. — Sur la primo-infection tuberculeuse de l'adulte. (*Th. Paris*, 1934).
- NICOLAS. — Considérations sur l'adaptation au travail de tuberculeux pulmonaires. (*Th. Lyon*, 1933).
- PATTERSON et JACOBS. — Sheltered employment for the tuberculous in U. S. A. (New-York, 1927).
- POIX. — La tuberculose et les agents des Postes. (Rapport à la Commission de préservation contre la tuberculose, 1929).

- POIX et BOSNIÈRES. — Le pneumothorax thérapeutique en cure libre chez les tuberculeux. (*Presse médicale*, novembre 1930).
- RIST. — La tuberculose. (Armand Colin, 1927).
- RIST et HIRSCHBERG. — Aspect économique et social du traitement de la tuberculose pulmonaire par le pneumothorax artificiel. (*Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris*).
- ROUX. — Placement des tuberculeux. (*Bulletin de la Société des Médecins de Sanatoriums*, n° 1, 1929).
- SALIÉ. — L'avenir social des tuberculeux. (*Th. Bordeaux*, 1934).
- SANARELÉ. — Hérité et contagion des tuberculeux. (Payot, 1931).
- SERGEANT. — La maison de convalescence prolongée, organe indispensable de la lutte anti-tuberculeuse. (*Paris médical*, n° 1, 1922).
- SERGEANT et DURAND. — Transmission de la tuberculose de la mère au fœtus par voie transplacentaire. (*Monde Médical*, juin 1935).
- SEYNAT. — La tuberculose chez les étudiants en médecine. (*Th. Bordeaux*, 1928).
- SNEEBERG. — Contribution à l'étude de la tuberculose dans un grand centre urbain. (*Th. Nancy*, 1932).
- STRUTHERS et HITT. — Ateliers pour tuberculeux. (*Bulletin de l'Office International d'Hygiène*, octobre 1926).
- THIBAUT. — De la nécessité d'adapter l'armement anti-tuberculeux à la conception actuelle de l'évolution de la tuberculose pulmonaire. (*Th. Paris*, 1927).
- TOPSENT. — Tuberculose et Assurances Sociales. (*Bulletin de la Fédération Nationale des Syndicats Médicaux*, n° 8, 1926).
- VAN DORP. — Alcool et tuberculose. (*Zeitschrift für Tuberkulose*. Analyse dans *Presse Médicale*, juin 1933).
- WOLFSOHN. — Les villages de tuberculeux en Angleterre. (*Th. Paris*, 1924 ; *Revue de Phthisiologie*, janvier-février 1925).

TABLE DES MATIERES

Introduction	9
Propagation de la tuberculose	13
Le problème de la contagion	13
Les causes sociales prédisposantes de la Tuberculose	21
Milieux sociaux réalisant au maximum ces conditions	25
Répercussions sociales	26
L'armement antituberculeux français	29
Le Dispensaire	29
Le Sanatorium	34
Le problème de la post-cure	39
Le Logement-Sanatorium	51
Les Assurances sociales et les Logements-Sanatoria	71
Conclusions	77
Bibliographie	81



IMPRIMERIE SPÉCIALE
DE
MM. VIGOT Frères



